

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DIREITO**



Renata Cristina Nascimento Souza

A EUTANÁSIA NO CONTEXTO DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Ouro Preto
2021

Renata Cristina Nascimento Souza

A EUTANÁSIA NO CONTEXTO DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Monografia apresentada ao curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Dra. Beatriz Schettini

Área de concentração: Direito Civil

Ouro Preto

2021



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DIREITO



FOLHA DE APROVAÇÃO

Renata Cristina Nascimento Souza

A eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito.

Aprovada em 29 de abril de 2021

Membros da banca

Doutora - Beatriz Schettini- Orientadora-Universidade Federal de Ouro Preto
Doutora - Iara de Souza Antunes-Universidade Federal de Ouro Preto
Doutora- Flávia de Souza Máximo Pereira)-Universidade Federal de Ouro Preto

Beatriz Schettini, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 15/06/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Schettini, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 15/06/2021, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0182799** e o código CRC **A60E24DF**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.005894/2021-54

SEI nº 0182799

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: 3135591545 - www.ufop.br

AGRADECIMENTOS

Nessa longa e difícil jornada que tracei ao escolher cursar Direito na cidade de Ouro Preto, aprendi mais lições sobre a vida e sobre mim mesma do que poderia aprender em qualquer outro momento e em qualquer outro lugar do mundo.

Jamais poderia deixar de agradecer a todos aqueles que estiveram ao meu lado nesses momentos de aprendizagem: primeiramente e sempre aos meus pais e ao meu irmão, que nunca deixaram de confiar em mim e de acreditar que eu seria capaz de superar as fases mais sombrias para chegar até esse exato momento.

Aos meus poucos mais preciosos amigos: os que carreguei comigo de São João del Rei e os que fiz em Ouro Preto e levarei para a vida. À minha segunda família Balaio das Gatas, minha república de alma e coração e a todas as moradoras e ex-alunas que nunca deixaram de me mostrar o verdadeiro sentido de irmandade e lealdade, em especial às moradoras Renata, Lanna e Júlia: nessa etapa final vocês foram a força extra que eu precisava para seguir em frente.

E por fim, não poderia deixar de agradecer à minha orientadora, a professora Beatriz Schettini, que com toda sua calma e generosidade soube me orientar em todos os momentos e me ensinar a ser uma aluna e um ser humano melhor. Você é uma verdadeira mestra.

Passei a acreditar que nada nessa vida é por acaso e que tudo tem o seu tempo certo de acontecer. E esse é o meu momento.

Viver é um direito, não uma obrigação.

(Ramón Sampedro)

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica baseada nas principais referências literárias que tratam acerca das problemáticas que envolvem o direito à morte digna, e os principais institutos que a cercam como a eutanásia, a ortotanásia e o suicídio assistido. Com o objetivo de entender tal temática de forma mais clara e objetiva, foi feito um retrospecto ao longo da história contando com suas interferências sociais, culturais e religiosas. Além disso, foram abordadas as alternativas buscadas em situações onde se deseja ter o direito à morte estabelecendo relações com o estudo da autonomia privada, os direitos da personalidade e de inviolabilidade da vida. Também foram apresentadas as discussões concernentes aos sistemas da Bioética e do Biodireito, que, com o crescente avanço da tecnologia e da medicina, ganharam espaço de destaque e relevância na atualidade e nas discussões acerca do tema. Trata-se de uma matéria em constante evolução, e que se já faz presente nas legislações de diversos países, além de ser objeto constante em filmes, documentários e livros, tornando fundamental que se discorra sobre o assunto em pauta. Tal revisão se viu relevante para entender a maneira como o ordenamento jurídico brasileiro trata da eutanásia bem como sobre a necessária reflexão acerca do instituto do direito à morte digna, vez que o morrer é um processo inerente a todo ser humano.

Palavras chave: Eutanásia. Suicídio Assistido. Bioética. Biodireito. Autonomia Privada.

ABSTRACT

The present work consists of a bibliographical review based on the main literary references that deal with the problems that involve the right to a dignified death, and the main institutes that surround it, such as euthanasia, orthothanasia and assisted suicide. In order to understand this theme in a clearer and more objective way, a retrospective throughout history was made, counting on its social, cultural and religious interferences. In addition, the alternatives sought in situations where one wishes to have the right to death were addressed, establishing relationships with the study of private autonomy, the rights of personality and the inviolability of life. Discussions concerning the systems of Bioethics and Biolaw were also presented, which, with the growing advancement of technology and medicine, have gained a prominent and relevant space in the present and in discussions on the subject. It is a subject in constant evolution, and that is already present in the legislation of several countries, in addition to being a constant object in films, documentaries and books, making it essential to talk about the subject at hand. This review was relevant to understand the way the Brazilian legal system deals with euthanasia, as well as the necessary reflection on the institute of the right to a dignified death, since dying is a process inherent to every human being.

Keywords: Euthanasia. Assisted Suicide. Bioethics. Biolaw. Private Autonomy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	O QUE É A EUTANÁSIA?	9
2.1	A EUTANÁSIA E OUTRAS PRÁTICAS POR UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA, RELIGIOSA E ÉTICO-SOCIAL	13
2.1.1	Ortotanásia	17
2.1.2	Distanásia	19
2.1.3	Suicídio assistido	20
2.1.4	Mistanásia	21
2.2	PROJETOS DE LEI QUE VERSAM SOBRE O TEMA NO BRASIL	23
3	AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO DE PERSONALIDADE	27
3.1	AUTONOMIA PRIVADA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	29
3.2	AUTONOMIA PRIVADA E AUTONOMIA DA VONTADE	30
3.3	AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO DE MORRER	33
3.4	DIREITO DA PERSONALIDADE	35
3.5	O TESTAMENTO VITAL	38
4	BIOÉTICA E BIODIREITO	43
4.1	PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO	45
4.2	O BIODIREITO E A EUTANÁSIA	50
4.3	A EUTANÁSIA E O DIREITO DE MORRER EM OUTROS PAÍSES	53
4.3.1	Holanda	53
4.3.2	Bélgica	54
4.3.3	Luxemburgo	54
4.3.4	Suíça	55
4.3.5	Espanha	55
4.3.6	Portugal	56
4.3.7	Canadá	57
4.3.8	Estados Unidos	57
4.3.9	América Latina	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo visa revisar o instituto da eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro, introduzindo a temática sobre os conceitos e princípios da bioética e do biodireito, além de correlacioná-lo com o ordenamento vigente por meio de uma investigação mais detalhada acerca da autonomia privada e do instituto da eutanásia ao longo da história, sob uma perspectiva, social, cultural e religiosa, especificando também outros sistemas bem como as atuais consequências jurídicas que os cercam.

Portanto, o objetivo central desta pesquisa de revisão bibliográfica é aprofundar sobre a importância da discussão da temática no ordenamento brasileiro atual, por meio da qual serão conferidos, com suporte teórico, textos da doutrina brasileira, do Código Civil e da Constituição, bem como legislações e doutrinas dos países onde a prática já é legalizada total ou parcialmente, dando grande relevância na abordagem da temática pela qual serão mostrados elementos os pertinentes que garantem ao indivíduo seus direitos fundamentais garantidos nos seus momentos finais de vida.

No capítulo inicial O QUE É A EUTANÁSIA? serão abordados os formatos da prática da eutanásia, bem como sua passagem ao longo da história e sua concepção através das principais culturas e religiões do mundo, objetos que sempre tiveram grande influência sobre a percepção humana acerca do entendimento de vida e morte.

No capítulo AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO DE PERSONALIDADE, discute-se sobre a relevância da autonomia privada e do direito de personalidade no ordenamento jurídico brasileiro, elencando a relevância do tópico para a discussão da eutanásia, tal como a escassez de debate do assunto pelo direito vigente e a falta de normas jurídicas pertinentes para o tema no nosso ordenamento civil, além de comentar sobre a importância das diretivas antecipadas de vontade.

Por fim, o capítulo BIODIREITO E BIOÉTICA, retrata sobre o surgimento da Bioética e do Biodireito, que se ocupa das áreas ética e jurídica frente às ciências da saúde, ponderando sobre o uso correto das novas técnicas existentes, e que visam buscar soluções para as controvérsias que atualmente norteiam os limites da vida e da morte.

Ao discorrer sobre o conteúdo que envolve a eutanásia e o direito de se ter uma morte digna, da possibilidade de escolha do momento e forma como se deseja morrer, descobre-se que é um assunto que não contará com respostas prontas e consensos

definidos. Trata-se de tema extenso e complexo que não cabe aqui ser deliberado como exato tampouco com uma resposta estabelecida, mas sim, de levantar embasamento teórico para tal discussão, haja vista se tratar de temática cada vez mais presente no cenário atual, e que necessita de esclarecimento prévio.

2 O QUE É A EUTANÁSIA?

A morte é um evento ordinariamente vivenciado por todos os seres vivos, porém ainda pouco discutido em algumas culturas. O morrer está inerente ao processo da vida sendo a única certeza que se tem desde o nascimento: que a vida tem seu fim. E o ser humano é, entre todos os seres vivos, o único que tem consciência de tal finitude.

No entanto, o progresso científico e a evolução da medicina fizeram-se capazes de prolongar a vida até seus últimos momentos, criando formas de dilatar a existência humana por anos a fio, em condições excepcionais de sobrevivência que nem sempre respeitam os conceitos de dignidade humana tampouco a própria vontade do indivíduo, na crença de que o mais importante é o “estar vivo”.

Nesse cenário, as discussões promovidas por embates entre as ideias de continuação da vida a todo custo ou o direito de escolha para se morrer dignamente ganham espaço, na busca por alternativas às controvérsias atualmente existentes entre os dilemas que envolvem vida e morte dignas.

A expressão eutanásia origina-se do grego ‘*eu*’ – bom e ‘*thanatos*’- morte, o que leva a ideia de uma “boa morte”, ou seja, uma morte sem dor ou maiores sofrimentos físicos ou psicológicos. A eutanásia pode então ser, nesse contexto, entendida como procedimentos ou atitudes que levam a extinção da vida:

Há autores que definem eutanásia pela etimologia do conceito: uma prática eutanásica seria aquela que garantiria a “boa morte”. E boa morte seria aquela resultante de uma combinação de princípios morais, religiosos e terapêuticos. Não basta uma boa Medicina para garantir a boa morte, é preciso cuidado respeitoso com as crenças e valores que definem o sentido da vida e da existência para que se garanta a experiência de uma boa morte para a pessoa doente. De acordo com essa interpretação, eutanásia converte-se em um ato de cuidado e de respeito a direitos fundamentais, em especial à autonomia, à dignidade e ao direito a estar livre de tortura (DINIZ, 2006, p. 1743).

Ao longo da história, a eutanásia foi destrinchada em diversas subdivisões, sendo verificada em situações diferentes e atendendo a diversos propósitos. Vários autores deram diferentes classificações com suas mais variadas formas, e em 1928, o espanhol Ricardo Royo-Villanova dispôs a seguinte divisão:

Eutanásia Súbita - morte repentina;
 Eutanásia Natural - decorre no decurso natural e gradual do envelhecimento;
 Eutanásia Estóica - morte obtida com a exaltação das virtudes do estoicismo, o aconselhamento à indiferença e o desprezo pelos males físicos e morais;

Eutanásia Teológica - morte em estado de graça;
 Eutanásia Terapêutica - obtida por emprego ou omissão de meios terapêuticos para obter uma morte suave, aos pacientes incuráveis e com dor;
 Eutanásia Eugénica e Económica - eliminação de todos os seres degenerados ou inúteis;
 Eutanásia Legal - consentida e regulamentada legalmente. (ROYO-VILLANOVA Y MORALES, 1928 *apud* SANTOS, 2011, p. 9).

No mesmo ano de 1928, aqui no Brasil, o médico baiano Ruy Santos propôs uma divisão mais simplista:

Eutanásia - Homicídio – alguém (médico ou familiar) que procede de forma a terminar com a vida de um paciente;
 Eutanásia Suicídio – quando é o próprio doente a executar a sua morte. (SANTOS, 1928 *apud* SANTOS, 2011, p. 9).

Luciana Dadalto, doutora em Ciências da Saúde pela UFMG, faz uma importante observação acerca das modificações históricas que ocorreram no conceito de eutanásia:

Se outrora não existia controle sobre a morte porque ela viria no tempo certo, na contemporaneidade é possível controlá-la, mais ainda, é possível lutar contra ela com todo o aparato tecnológico disponível e, em uma perspectiva futurista, os pesquisadores da imortalidade acreditam que a morte é um problema a ser resolvido. Nesse cenário, surge a eutanásia autônoma que coloca o paciente no centro. É ele quem não deseja mais estar vivo. É ele quem pede a morte. É ele quem causa a compaixão no profissional. (DADALTO, 2020 p. 33).

Boa parte da doutrina recente opta pela divisão que leva em conta os dois principais elementos envolvidos na eutanásia: a intenção e o efeito da ação. Nas palavras de Maria Elisa Villas-Bôas, “a eutanásia é definida como o momento em que o indivíduo, geralmente o médico, vem a interferir no momento da morte, em nome do bem-estar do paciente, a fim de libertá-lo de um estado de dor e sofrimento” (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 7).

Para a autora, “uma das principais, senão a mais corriqueira classificação possível de eutanásia, diz respeito à forma de atuação do agente (ou ao modo de execução) e divide a eutanásia em ativa, e passiva” (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 10).

Essa diferenciação é justificada pela maneira como a mesma se dá: enquanto a ativa ocorre com interferência direta de uma terceira pessoa, seja pela administração de medicamentos ou realização de algum procedimento que leve o paciente à morte, a passiva ocorre através de uma conduta omissiva capaz de gerar o resultado morte.

Para Maria Helena Diniz,

a eutanásia [...], no nosso entender, não passa de um homicídio, em que por piedade, há deliberação de antecipar a morte de doente irreversível ou terminal, a pedido seu ou de seus familiares, ante o fato da incurabilidade de sua moléstia, da insuportabilidade de seu sofrimento e da inutilidade de seu tratamento, empregando-se, em regra, recursos farmacológicos, por ser a prática indolor de supressão da vida. (DINIZ, 2001, p. 492).

Em sua obra literária intitulada “Autonomia para Morrer”, Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira descrevem:

Nos dias atuais, a nomenclatura *eutanásia* vem sendo utilizada como a ação médica que tem por finalidade abreviar a vida de pessoas. É a morte de pessoa - que se encontra em grave sofrimento decorrente de doença, sem perspectiva de melhora – produzida por médico, com o consentimento daquela. A eutanásia, propriamente dita, é a promoção do óbito. É a conduta, através da ação ou omissão do médico, que emprega, ou omite, com consentimento da pessoa meio eficiente para produzir a morte em paciente incurável, e em estado de grave sofrimento, diferente do curso natural, abreviando-lhe a vida.

A intenção de realizar a eutanásia pode gerar uma ação, daí tem-se eutanásia ativa, que se divide em eutanásia ativa direta e indireta. A eutanásia ativa direta é caracterizada pela intenção de encurtar a vida do paciente, por exemplo, com uma injeção letal. A eutanásia ativa indireta tem por objetivo “aliviar o sofrimento do paciente e, ao mesmo tempo, abreviar o curso vital, o que se produz como efeito daquele primeiro objetivo principal (assim, por exemplo, a aplicação de morfina prejudica a função respiratória e em altas doses pode acelerar a morte (SÁ; MOUREIRA, 2015, p. 85-86).

O médico Diego Gracia Guillén faz uma crítica ao termo eutanásia ativa indireta, considerando-a imprópria, ao afirmar que quem realiza o ato não tem a intenção de matar e sim de aliviar a dor, ainda que o paciente queira a morte, seu objetivo principal não é este:

Este princípio afirma que um ato do qual advém consequências boas e más pode ser moralmente aceitável quando há proporcionalidade entre essas consequências e quando aquilo que se pretende ou se quer diretamente são os efeitos benéficos, não seus contrários. Assim, ao aumentar a dose de morfina de um paciente é possível que se esteja encurtando-lhe a vida, ou mesmo matando-o mas isso não poderia ser considerado eutanásia sempre e quando se cumprissem certas condições: quer não houvesse outro modo de aliviar a dor e que o diretamente buscado seja a analgesia e não sua morte. (GRACIA, 2010, p. 459-460).

Destarte, pode se dizer então que, de modo geral, a eutanásia hoje é entendida como a abreviação da vida de um paciente que se encontra com doença grave e incurável e, a pedido deste, ocorre com o auxílio de uma terceira pessoa, geralmente um profissional de saúde. No entanto, é importante distinguir tais classificações para que não haja confusão com os outros institutos que tratam do tema, como a ortotanásia e o suicídio assistido.

É relevante também que se inicie um breve entendimento acerca do termo morte para a comunidade médica e no âmbito jurídico, eis que um marco para a discussão está diretamente relacionado à elaboração dos critérios precisos para determinar o momento exato da morte, onde o cérebro passou a ser o principal referencial e a morte se tornou todo um processo.

Os critérios de morte encefálica surgiram na década de 1950, juntamente com às mudanças tecnológicas, tendo sua história vinculada ao surgimento das unidades de terapia intensiva e do avanço do suporte ventilatório artificial (RODRIGUES, CEZAR, 2013, p. 272). Equivale à morte clínica e, do ponto de vista ético e legal, após seu diagnóstico é dever do médico encerrar qualquer procedimento de suporte que venha a manter artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais do paciente, caso haja:

Os países divergem em seus conceitos, definição e diagnóstico de morte encefálica. Mesmo que pesem sobre a necessidade de um conceito único todas as críticas filosóficas que os pensamentos unânimes possuem, se houvesse alguma uniformidade nas definições, poderíamos ter um conceito mais confiável e fidedigno. Entretanto, isso poderia determinar piora na operacionalidade do diagnóstico, considerando os diferentes níveis de investimentos na saúde e educação da população; diferentes religiões; e disponibilidade de médicos, pois é fato que a humanidade não é una. Coimbra declara que “Redefinir a morte não foi somente um exercício técnico, mas um ato estético destinado a acomodar no mesmo quadro clínico o paciente comatoso desenganado, o morto e o doador de órgãos” (RODRIGUES; CEZAR, 2013, p. 272).

No Brasil, por determinação de lei federal, os critérios para determinação da morte encefálica são definidos pelo Conselho Federal de Medicina desde 1997, sendo válidos para todo o território nacional. A lei federal 9.434/1997 que regulamenta a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, no artigo 3º dispõe que:

Art. 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 tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

O Conselho Federal de Medicina, publicou uma atualização sobre os critérios do diagnóstico da morte encefálica na resolução nº 2.173 de 2017:

A Lei nº 9.434/1997 estabelece em seu artigo 3º que o diagnóstico de morte encefálica (ME) deve ser realizado “mediante a utilização de critérios clínicos

e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”
Atendendo a essa determinação, o CFM elaborou a Resolução nº1.480/1997, marco ético e legal para o diagnóstico de ME. Porém, devido aos avanços tecnológicos, ao melhor entendimento do processo de ME e à experiência brasileira em determinações de ME nos últimos vinte anos, fez-se necessária uma revisão da referida resolução. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 5).

A morte encefálica pode então ser definida como a perda completa e irreversível das funções encefálicas (cérebro e tronco cerebral), e se confirma em etapas muito precisas. Neste aspecto, Maria Elisa Vilas Bôas diz que:

Quando o paciente lesiona a área cortical, embora não consiga mais se comunicar, ter sensibilidade, cognição ou raciocínio, ainda se mantém a respiração e a circulação sanguínea, tendo o seu quadro clínico estabilizado, porém, ingressa em estado vegetativo e neste permanece por tempo indeterminado. Entretanto, se a lesão atinge o tronco encefálico, o controle da circulação e da respiração também é perdido, só sendo possível manter tais funções por métodos artificiais. É nessa situação, quando o paciente só mantém suas funções vitais por meio de aparelhos, em que podemos falar de morte encefálica, sendo permitido assim a remoção dos órgãos para fins de transplante, caso o enfermo tenha se declarado doador (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 23)

Tanto a legislação quanto o Conselho Federal de Medicina consideram a morte encefálica como parâmetro para definição da presença de vida, pois de nada adianta manter os órgãos do paciente em funcionamento mecânico se sua atividade cerebral se encontrar severamente comprometida. Quando um médico desliga os aparelhos de um paciente com morte encefálica confirmada, não há que se falar em eutanásia, pois o paciente em questão já se encontra morto.

O que se deve levar em consideração na temática aqui abordada, é quando o paciente, que ainda se encontra vivo, porém em estado de grande sofrimento, físico e psicológico, e quer ter o direito de decidir sobre como e quando finalizar sua própria jornada, bem como recusar algum tipo de intervenção ou tratamento que prolongue sua vida sem qualquer benefício.

2.1 A EUTANÁSIA E OUTRAS PRÁTICAS POR UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA, RELIGIOSA E ÉTICO-SOCIAL

O filósofo Francis Bacon foi o primeiro a “reavivar” o termo ‘eutanásia’ para relatar sobre o dever da medicina de prolongação da vida, na sua obra intitulada “Historia vitae et mortis”, de 1623, onde observou ser responsabilidade do médico cuidar de todas as fases da enfermidade até o último momento de vida e que seu

conhecimento deveria ser usado na cura e para minimizar o sofrimento do paciente (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2002, p. 374).

A prática da eutanásia é tão antiga quanto a sociedade, se fazendo presente desde a antiguidade, e estando diretamente atrelada a fatores culturais, sociais e religiosos, sendo muitas vezes algo comum e que significava demonstração de respeito, honra e dignidade.

Desde os tempos bíblicos era de se reconhecer tal prática, conforme escrito no primeiro livro de Samuel, capítulo 31, versículos 1 ao 6:

E aconteceu que, em combate com os filisteus os israelitas foram postos em fuga e muitos caíram mortos nos montes Gilboa. Os filisteus perseguiram Saul e seus filhos, e mataram Jônatas, Abinadabe e Malquisua, filhos de Saul. O combate foi se tornando cada vez mais violento em torno de Saul, até que os flecheiros o alcançaram e o feriram gravemente. Então Saul ordenou ao seu escudeiro: “tire sua espada e mate-me com ela, senão sofrerei a vergonha de cair na mão desses incircuncisos”. Mas seu escudeiro estava apavorado e não quis fazê-lo. Saul então pegou sua própria espada e jogou-se sobre ela. Quando o escudeiro viu que Saul estava morto, jogou-se também sobre sua espada e morreu com ele. Assim foi que Saul, seus três filhos, seu escudeiro e todos os seus soldados morreram naquele dia (BÍBLIA DIGITAL, 2020).

Na Antiguidade, sociedades como a Celta, consideravam ato sagrado que os filhos matassem o pai idoso e doente. Segundo Platão, em Atenas, a prática da eutanásia ritualizada era aceita pela sociedade com o pretexto de fortalecer o bem-estar e a economia coletiva.

Conforme exposto em trecho da obra *A República*: “Estabelecerás no Estado uma disciplina e uma jurisprudência que se limite a cuidar dos cidadãos sãos de corpo e de alma; deixar-se não morrer aqueles que não sejam sãos de corpo” (PLATÃO, 2019, p. 19).

De acordo com Sá e Moureira (2015, p. 85),

Sabe-se que entre os povos primitivos sacrificavam-se doentes, velhos, e débeis e se o fazia publicamente numa espécie de ritual cruel e desumano. Na Índia antiga, os incuráveis de doenças eram atirados no Ganges, depois de terem a boca e as narinas vedadas com lama sagrada. Os espartanos, do alto do Monte Taijito, lançavam os recém-nascidos deformados e até os anciãos, sob a alegação de que não mais serviam para guerrear. Na Idade Média, dava-se aos guerreiros feridos um punhal afiadíssimo, denominado misericórdia, que lhes servia para evitar o sofrimento prolongado da morte e para não caírem nas mãos do inimigo. O polegar para baixo dos Césares era uma permissão à eutanásia, facultando aos gladiadores uma maneira de fugirem da morte agônica e da desonra.

No Egito, Cleópatra desenvolveu uma Academia (69 a.C. – 30 a.C.) que tinha como objetivo estudar formas menos dolorosas para se morrer. Na Grécia Antiga, grandes nomes da cultura da época, portadores de doenças incuráveis, decidiram ter uma boa morte (SANTOS, 2011, p. 18).

No século XVI, Thomas Moore em sua clássica obra *Utopia*, descrevia, sem fazer referência à palavra, uma prática que corresponde à eutanásia voluntária, com uma definição muito parecida a utilizada nos dias atuais:

Os desgraçados que sofrem de males incuráveis são objeto de todo o consolo, assiduidade e cuidados morais e físicos capazes de lhes tornar a vida suportável. Mas quando a esses males incuráveis se acrescentam atrozes sofrimentos que nada é capaz de suspender ou remediar, os sacerdotes e os magistrados apresentam-se ao doente para lhe trazerem a exortação suprema [...] Os que se deixam persuadir acabam os seus dias pela abstinência voluntária, ou então adormecem-nos com um narcótico mortal e morrem sem se aperceberem disso. (MOORE, 2020, p. 124).

Segundo Lameira Bittencourt (2002, *apud* SILVA, 2000), o historiador Von Marthius teria detectado a prática até mesmo no Brasil, onde há registros históricos de tribos indígenas que deixavam seus idosos à morte, pois aqueles que não participavam mais de seus rituais, bem como da caça e da pesca, não tinham mais motivos ou significado para continuar vivendo.

Partindo para o século XX, mais especificamente em 1939, durante a Segunda Guerra Mundial, Adolf Hitler assinou um decreto que obrigava médicos e psiquiatras a concederem o que chamavam de ação T4, “morte da misericórdia” ou “eutanásia infantil” a crianças, adolescentes e futuramente adultos que apresentavam doenças incuráveis, deficiências e portadores de síndrome de down em toda a Alemanha (ENCICLOPÉDIA DO HOLOCAUSTO, 2019).

Na visão nazista, ao extinguir aqueles que tinham “vida indigna de ser vivida”, estariam “limpando a raça ariana” de pessoas consideradas geneticamente defeituosas. O nazismo trouxe um novo significado ao termo eutanásia, desta vez, associando-o à eugenia, ou seja, a morte provocada com a função precípua de prevenir enfermidades hereditárias, gerando uma nova onda contrária à eutanásia no mundo (DADALTO, 2020, p. 33).

Em outra esfera, a religião sempre teve forte influência sobre a conduta dos indivíduos nas mais diversas sociedades e períodos, e com a eutanásia não é diferente. Nas quatro religiões predominantes no mundo (budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo) a vida é um bem considerado sagrado.

Os budistas apelam para a noção de interdependência ao abordar os dilemas éticos, e reconheceu há tempos o direito de as pessoas determinarem quando deveriam passar desta existência para a seguinte. Leo Pessini diz que:

Uma diferença essencial para o budismo é saber se a pessoa sujeita à eutanásia está consciente. Neste caso, a não ser que tenha feito um testamento em vida, não temos como saber se o paciente quer de fato a eutanásia. Por outro lado, uma vez que a consciência se dissociou permanentemente do corpo, o budismo não vê razão para continuar nutrindo ou estimulando o corpo, que não é mais uma pessoa. (PESSINI, 1999, p. 8-9).

Pessini retrata também que o código Islâmico de ética médica prescreve que o médico deve preservar a vida em quaisquer circunstâncias. Entretanto, ele não deve exceder os limites do procedimento terapêutico estabelecido, uma vez comprovado cientificamente que a vida não pode ser restaurada (PESSINI, 1999, P.11). Resumindo,

A posição islâmica em relação à eutanásia: a concepção da vida humana como sagrada, aliada a “limitação drástica da autonomia da ação humana”, proíbem a eutanásia, bem como o suicídio. O médico é um soldado da vida. Os médicos não devem tomar medidas positivas para abreviar a vida do paciente. Se a vida não pode ser restaurada é inútil manter uma pessoa em estado vegetativo utilizando-se de medidas heróicas. (PESSINI, 1999, p. 11).

A tradição legal hebraica (*halakhah*) se diz contrária à eutanásia ativa, mas admite o deixar morrer do paciente em condições determinadas. O conceito de santidade da vida humana no judaísmo significa que a vida não pode ser terminada ou abreviada, mesmo tendo como motivações a conveniência do paciente, utilidade ou empatia com o sofrimento do mesmo (PESSINI, 1999, p. 13).

E por último, o cristianismo, elucidado pelo Catolicismo Romano, defende que existe uma diferença moral entre, de um lado, não utilizar um tratamento num paciente terminal quando nada mais pode ser feito para reverter significativamente a progressiva deterioração de vida, e de outro, intervir diretamente, para provocar a morte do paciente. Somente esta última ação é proibida (PESSINI, 1999, p.15).

O Papa João Paulo II, na Encíclica “*Evangelium Vitae*”, expressou a respeito da ortotanásia:

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 proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas 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”. Há, sem dúvida, a obrigação moral de se tratar e procurar curar-se, mas essa obrigação há de medir-se segundo as situações concretas, isto é, impõe-se avaliar se os meios terapêuticos à disposição são objetivamente proporcionados às perspectivas de melhoramento. A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana de frente à morte. (COSTA; MARTINS FILHO, 2003, p. 541).

As diferenças entre a eutanásia e outros institutos que lidam com a morte podem causar certa dificuldade na formação de uma opinião definida sobre sua legalidade, bem como seus reflexos na matéria ética. Com o escopo de garantir uma morte digna, são levantadas as hipóteses de eutanásia, da ortotanásia e do suicídio assistido. Daí surge a importância de se distinguir tais modalidades, bem como de esclarecer sobre as diferenças entre os termos usados na própria eutanásia.

2.1.1 Ortotanásia

Ortotanásia é uma palavra também oriunda do grego que se dá pela junção do prefixo *orto* (normal, correto), com a palavra *thanatos* (morte), formando o que seria “morte normal ou correta”, ou seja, a morte pelo seu processo natural. Neste caso, o doente já está em processo natural da morte e recebe uma contribuição do médico para que esse estado siga seu curso natural.

A ortotanásia pode ser entendida então como instituto no qual o paciente em estado terminal opta por não receber procedimentos invasivos, que adiem a sua morte e também possam comprometer a sua qualidade de vida naquele momento. A ortotanásia trata da adoção dos procedimentos paliativos, que atua no controle da dor e de outras consequências que podem ser causadas pela doença.

É o entendimento de que a vida não tem que ser abreviada tampouco prolongada mas tem de ser respeitada durante o curso natural da doença, e o que se pode fazer pelo paciente é lhe dar qualidade de vida no tempo que lhe resta. Aqui, o médico não interfere na morte do paciente, ele não adia nem antecipa tal momento.

Segundo José Roberto Goldim, a ortotanásia não antecipa o fim, mas aceita a mortalidade no tempo certo, fornecendo os cuidados necessários e os meios regulares para que o paciente não sofra (GOLDIM, 2010, p. 1).

Já para Maria Elisa Villas-Bôas (2008, p. 63), “aqui o desejo não é matar, mas sim evitar prolongar indevidamente a situação de esgotamento físico –o que caracteriza a ortotanásia”.

Luciana Dadalto faz uma relevante ressalva:

Muitos autores brasileiros evidenciam a necessidade de diferenciar a ortotanásia da eutanásia passiva, pois esta “consiste na suspensão ou omissão deliberada de medidas que seriam indicadas naquele caso, de medidas úteis e benéficas ao paciente com o intuito de antecipar-lhe a morte, enquanto na ortotanásia há omissão ou suspensão de medidas que perderam sua indicação por já resultarem inúteis para aquele indivíduo no grau de doença que se encontra. Contudo, o termo eutanásia passiva é utilizado como sinônimo de ortotanásia nas línguas anglo-saxãs, uma vez que nesses idiomas inexistente o neologismo *ortotanásia*. (DADALTO, 2020, p. 34).

O que se quer dizer é que embora ambos estejam próximos não são idênticos, se tratam de situações distintas, pois se na eutanásia passiva ocorre a omissão de procedimentos na intenção de promover a morte do paciente, na ortotanásia não há antecipação da morte em razão da omissão, e sim a não protelação do processo morte.

A publicação da Resolução 1.805/06, do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a ortotanásia introduziu o assunto na pauta dos profissionais de saúde, e se tornou motivo de discussões acerca de seus aspectos éticos e legais:

Artigo 1º) É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Artigo 2º) O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito a alta hospitalar. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006).

E em agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 1.995, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade e têm servido de parâmetro para que a comunidade médica saiba como agir respeitando o conceito de ortotanásia. Luciana Dadalto afirma que:

Como o CFM expressou em nota esclarecedora, a Resolução 1.995 respeita

a vontade do paciente conforme o conceito de ortotanásia e não possui qualquer relação com a prática da ortotanásia. Em verdade, este esclarecimento apenas reafirmou o conceito basilar das diretivas antecipadas: não podem conter disposições contrárias ao ordenamento jurídico do país em que são propostas. O que a resolução efetivamente fez foi reconhecer o direito de o paciente recusar tratamentos inúteis, também conhecidos como extraordinários, entendidos como os *tratamentos que não oferecem benefício real ao paciente, pois a morte é inevitável*, ou seja, são aqueles tratamentos que visam apenas prolongar a vida biológica do paciente, sem garantir qualidade de vida (DADALTO, 2020, p. 100).

Destarte, pode-se ponderar então que a ortotanásia não impede que o médico disponha de recursos terapêuticos que melhorem ou aumentem a expectativa de vida de um paciente, mas sim que renuncie dos meios extraordinários que não proporcionam a cura tampouco melhora na condição e qualidade de vida do enfermo.

2.1.2 Distanásia

Temos ainda a prática da distanásia, palavra também de origem grega, cujo prefixo *dís* (afastamento) traria um significado de afastar, prolongar a morte. O termo distanásia foi proposto por Morache, em 1904, em seu livro *"Naisance et mort"*, publicado em Paris (GOLDIM, 2010).

Consiste, portanto, de uma atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, a prolonga de forma artificial. Conseqüentemente, seu sofrimento também pode ser prolongado. Na Europa falava-se em “obstinação terapêutica”, e nos Estados Unidos “futilidade médica” (*medical futility*) (PESSINI, 2009).

Para Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira “a distanásia configura-se pelo prolongar do processo de morrer, quando o médico insiste na administração de tratamentos inúteis” (SÁ, MOUREIRA, 2015, p. 87).

Conforme Maria Helena Diniz, “trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte” (DINIZ, 2008, p. 156).

Diniz (2008, p. 318) define como tratamento fútil aquele que:

- a) não consegue seu objetivo imediato ou o do paciente;
- b) é ineficaz;
- c) não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima ou, pelo menos, algum benefício médico;
- d) não oferece uma razoável probabilidade de sobrevivência.

Se por um lado tem-se o instituto da eutanásia como abreviação da morte, por outro lado tem-se a distanásia como um prolongamento desnecessário da vida humana, normalmente por uma morte lenta e com sofrimento. Pode se dizer que, se a eutanásia acolhe a ideia de morte antes de seu tempo, e a ortotanásia de morte no tempo certo, a distanásia seria a definição de morte posterior ao seu prazo naturalmente definido. A distanásia é, portanto, o oposto da ortotanásia.

A crescente evolução da medicina permitiu que pacientes em estado terminal, ou em condições críticas de saúde pudessem permanecer vivos apenas por estarem ligados aos mais diversos aparelhos que conseguem “substituir” os órgãos vitais exercendo suas respectivas funções.

Nesse sentido, Goldim afirma que “reconhecer que as medidas de tratamento curativo têm limite, que os pacientes podem não mais se beneficiar delas e que até mesmo elas podem contribuir na ampliação do sofrimento” (GOLDIM, 2010, p. 30).

Luciana Dadalto esclarece que “praticar a obstinação terapêutica já é infração ética, pois o supracitado artigo 41 do CEM veda expressamente a obstinação terapêutica, e o artigo 35 veda ao médico “[...] exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”” (DADALTO, 2019, p. 7).

Definir por si só o que se enquadra ou não em tratamento inútil se trata de tarefa difícil para a literatura, pois deve-se observar as circunstâncias particulares de cada caso para se definir um tratamento como extraordinário. Fato é que ainda há um certo desafio para a medicina em encontrar o ponto de equilíbrio entre o que se deve ou não fazer visando sempre o bem do paciente.

2.1.3 Suicídio assistido

O termo suicídio foi criado no século XVII a partir do latim: *sui* (auto) e *cidium* (assassinio), e se trata de ação onde o próprio indivíduo põe fim a sua vida. Já o suicídio assistido, ou morte assistida, se refere ao término voluntário da própria vida como forma de dar fim a um sofrimento físico e/ou psicológico, decorrente de uma doença grave e incurável, utilizando-se para isso de substâncias letais.

Segundo Luciana Dadalto,

O suicídio assistido, é tido como a abreviação da vida feita pela própria pessoa que está com uma doença grave, incurável e/ou terminal. Nesse caso, a pessoa é ajudada por outrem (médico ou não), que lhe concede os meios para que possa, por si mesma abreviar a vida. (DADALTO, 2019, p. 4).

Para Luciano de Freitas Santoro:

No suicídio assistido, como o próprio nome já diz, o paciente é apenas assistido em sua hora final, executando ele mesmo a conduta que o levará a morte, diversamente do homicídio consentido, quando apenas aguarda inerte que o médico coloque termo à sua vida. (SANTORO, 2010, p. 125).

É o termo que mais se parece com a eutanásia porque também tem relação com a abreviação da vida de um paciente com uma doença incurável mas, diferente da eutanásia, em que há a participação de um terceiro, no suicídio assistido quem pratica o ato que provoca a morte é o próprio paciente, mesmo que para isso precise da ajuda indireta de uma terceira pessoa.

Curiosamente, todos os países que já legalizaram a eutanásia (Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Canadá), na mesma lei, legalizaram o suicídio medicamente assistido. A Colômbia é o único país que descriminalizou a eutanásia, mas manteve a criminalização do suicídio assistido, o que para a doutrina não faz muito sentido (DADALTO, 2019, p. 3).

O suicídio assistido ganhou bastante notoriedade através do Doutor norte-americano Jack Kevorkian, médico patologista que ganhou o apelido de “Dr. Morte” após auxiliar no suicídio assistido de mais de 100 pacientes. Kevorkian realizou seu primeiro suicídio assistido na década de 1990 numa professora do Oregon que sofria de Mal de Alzheimer.

Ganhou muita relevância e repercussão pois, em 1998, realizou uma eutanásia ativa, gravou toda a sequência e divulgou mundialmente pela televisão. Ele foi acusado por homicídio, mas conseguiu trazer à tona toda uma discussão acerca do direito à eutanásia e ao suicídio assistido que levou três estados do país a autorizarem a prática¹.

2.1.4 Mistanásia

A mistanásia é uma expressão derivada do vocábulo grego *mis* (infeliz) e *thanatos* (morte), significando em sua literalidade uma morte infeliz. Pode-se dizer então se trata de um instituto oposto ao da eutanásia, modalidade de término de vida

¹ LESSEBERRY: a decade after Kervokian's death, small steps on end-of-life issues. Disponível em: <https://www.toledoblade.com/opinion/columnists/2021/06/05/commentary-decade-after-jack-kevorkian-death-small-steps-on-end-of-life-issues/stories/20210605031>

que se concretiza quando um indivíduo é acometido de uma morte precoce, miserável e evitável.

A expressão “mistanásia” foi utilizada, pela primeira vez, em 1989, pelo bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos, diante da imensa desigualdade social existente e da situação de abandono socioeconômico, de violência e negligência política a que se submetiam pessoas cujas vidas não eram valorizadas, ocasionando mortes evitáveis, precoces e infelizes (PESSINI, RICCI, 2017).

A mistanásia foi então caracterizada pela bioética e pelo biodireito como uma modalidade de término de vida, tendo sua forma mais comum dada pela omissão de socorro estrutural que atinge boa parte da população vulnerável socialmente. Atinge principalmente indivíduos excluídos, pela falta de políticas públicas de saúde que garantam sua seguridade.

Maria de Fátima e Bruno Torquato (2018) citam um trecho de Leonard Michael Martin para descrever a mistanásia, como morte miserável, fora e antes da hora:

[...] a situação chamada eutanásia social nada tem de boa, suave ou indolor. Dentro da grande categoria de mistanásia quero focalizar três situações: primeiro, a grande massa de doentes a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; segundo, os doentes que conseguem ser pacientes para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana. (MARTIN, 1998, *apud*, SÁ; NAVES, 2018, p. 375).

A saúde consta expressamente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu artigo XXV, que define:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde, e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e, direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, *apud* UNICEF, S.D.)

Isso quer dizer que, é fundamental que se produza políticas públicas adequadas para gerir de programas de saúde apropriados para toda a população. É imprescindível agir com equidade no sentido de fazer o bem (beneficência) e desenvolver as práticas sem discriminação (não maleficência).

Em 2020, o mundo se viu frente a uma pandemia, provocada pelo SARS- CoV-2 (popularmente conhecido como Covid-19), deixando à vista acontecimentos que

extrapolam a própria definição de mistanásia. Com um aumento significativo da demanda por leitos hospitalares de enfermaria e de UTI's, bem como de respiradores e equipamentos médicos, fez-se com que, em muitos casos, os profissionais de saúde se vissem obrigados a escolher quem receberia atendimento.

2.2 PROJETOS DE LEI QUE VERSAM SOBRE O TEMA NO BRASIL

O fim da vida já foi objeto de vários projetos de lei no país, mas não evoluíram frente à diversos impasses, sejam religiosos, ou devido a questões morais, filosóficas e éticas de diferentes ordens. Fato é que o Brasil ainda carece de discussões acerca deste assunto, e se limita vez ou outra a debater apenas o binômio eutanásia-suicídio assistido, não dando margem à ampla e complexa discussão que o tema merece.

Antes de adentrar nos projetos de lei propriamente ditos, cabe citar sobre a única legislação que, indiretamente, trata do tema no nosso ordenamento: o código penal. Institutos como a eutanásia e o suicídio assistido vêm sendo tratados pelos dispositivos jurídicos penais vigentes como crimes de homicídio e auxílio ou instigação ao suicídio, respectivamente, estando previstos no Código Penal em seus artigos 121 e 122:

Artigo 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Artigo 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

A mais recente proposta de modificação legislativa nesse âmbito é o projeto de lei do Senado nº 236/2012, que tinha a finalidade de instituir um novo código penal brasileiro. O anteprojeto previa a criação de um tipo penal específico para a 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 de 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.

O objetivo era tratar a eutanásia como crime contra a vida diverso do crime de homicídio possibilitando que o julgador concedesse o perdão judicial em determinadas circunstâncias (DADALTO, 2019, p. 4). No entanto, esse tipo penal foi retirado do anteprojeto antes mesmo que se pudesse criar condições de discussão frente à sociedade sobre tal temática.

Com relação ao suicídio assistido, não existe qualquer normativa específica que trate do assunto, tampouco qualquer projeto de lei em trâmite que pretenda modificar esse cenário e colocar tal instituto em discussão. A mesma se encontra sendo tratada pelo ordenamento como crime de auxílio ou instigação ao suicídio e violação aos deveres éticos do médico, segundo consta no artigo 41 do Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

Artigo 41: abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2018, p. 28).

Cuidados paliativos são a denominação utilizada pelas ciências da saúde para se referir aos cuidados de saúde que visam amenizar o sofrimento, não apenas físico, de pessoas que sofrem de algum tipo de enfermidade grave, terminal ou que de alguma forma, proporcione maiores adversidades, garantindo que tanto o paciente quanto à família e até cuidadores possam ter maior qualidade de vida nessa fase crítica.

Por reconhecer a importância desse tipo de cuidado em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) trouxe um novo conceito de saúde, abarcando o bem-estar da pessoa em aspectos físico, mental, social e espiritual e recomendou aos Estados membros, o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências em seus sistemas de saúde:

Trata-se de uma abordagem de melhora da qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne-se e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de

outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais ².

No Brasil, a discussão acerca do direito à morte digna se restringe basicamente ao instituto da ortotanásia e aos cuidados paliativos, cabendo ao Conselho Federal de Medicina muitas vezes, a responsabilidade pelas resoluções que regulam os tratamentos dados em fim de vida. É importante esclarecer que essas Resoluções não são normais jurídicas, mas podem servir de amparo ético para a tomada de decisões no caso concreto.

Nas palavras de Luciana Dadalto:

Assim, no Brasil atual, a efetividade do direito de morrer está adstrito à implementação do direito à ortotanásia e à manifestação de vontade do paciente por meio do testamento vital, cujo conteúdo não pode ser ilícito. Por essa razão, entende-se, aqui, não ser possível afirmar que há no Brasil o reconhecimento do direito à morte digna, vez que o ordenamento jurídico limita as possibilidades de escolha e, por conseguinte, define aprioristicamente o que seria uma morte digna, impossibilitando o exercício individual desse direito (DADALTO, 2020, p.35).

Em novembro de 2010, o CFM editou a resolução 1.805 que regulamenta os critérios para a prática da Ortotanásia. Tal resolução apenas adquiriu validade em dezembro de 2010, em decorrência de ter sido interposta uma ação civil pelo Ministério Público Federal. A ação decretava nulidade da resolução, mas foi considerada improcedente pela 14^o Vara da Justiça Federal. Conforme sentença proferida, o juiz federal Roberto Luiz Luchi Demo conclui que a ortotanásia não contraria o ordenamento jurídico brasileiro:

Diagnosticada a terminalidade da vida, qualquer terapia extra se afigurará ineficaz. Assim, já não se pode aceitar que o médico deva fazer tudo para salvar a vida do paciente (beneficência), se esta vida não pode ser salva. Desse modo, sendo o quadro irreversível, é melhor – caso assim o paciente e sua família o desejem – não lançar mão de cuidados terapêuticos excessivos (pois ineficazes), que apenas terão o condão de causar agressão ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Em agosto de 2012 foi aprovada a Resolução n. 1995/2012, que dispõe acerca das diretivas antecipadas de vontade no Brasil, sendo a primeira regulamentação a tratar do tema no país. A resolução define acerca das diretivas antecipadas de vontade como instrumento pelo qual a pessoa capaz manifesta seus desejos sobre os

² World Health Organization. Paliative care. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.

cuidados e tratamentos que deseja ou não receber quando estiver incapacitado para se expressar livre e autonomamente.

A respeito dessa resolução, é importante esclarecer dois pontos: o que pretendia o CFM era na verdade, regulamentar o testamento vital, vez que o embasamento da resolução é a proteção da autonomia do paciente em fim de vida, contudo tratou o tema, de forma errônea, como sinônimo de diretivas antecipadas de vontade (DADALTO, 2020, p. 99). Em segundo, tal resolução não legalizou as diretivas antecipadas de vontade no país, vez que não tem força de lei, demonstrando mais uma vez a necessidade de legislação acerca do tema no Brasil.

O projeto de lei nº 883 de 2020 do Senado Federal, atualmente em tramitação, pretende regulamentar a prática dos cuidados paliativos adequados dos pacientes em estado terminal de vida no território nacional:

Ainda que haja normas infralegais sobre o tema, pela sua importância e essencialidade, cremos ser necessário um diploma legal nacional que regulamente o direito dos pacientes com doenças graves, em fase terminal de vida, de receber assistência médica adequada que lhes garanta uma morte digna, livre de dor, e que lhes proporcione o maior bem-estar e conforto possíveis, tanto nos serviços públicos de saúde quanto nos serviços privados (BRASIL, 2020).

A título de curiosidade, um estudo feito pelo Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil (Sincep) no ano de 2018 mapeou a percepção dos brasileiros sobre assuntos relacionados à morte. Entre os principais resultados, está a baixa presença do tema no dia-a-dia, mostrando que os brasileiros têm muita ressalva sobre como e com quem falar sobre o assunto morte, e que uma pouquíssima parcela da população concorda que a morte pode ser uma escolha pessoal³.

Para as pesquisadoras do estudo, todo esse tabu afasta discussões sobre os cuidados paliativo e, em última instância, debates maiores como por exemplo, sobre a própria eutanásia e o suicídio assistido. Isso só reforça a ideia de que o Brasil carece de discussões acerca dos temas que circundam a temática das decisões em fim da vida.

³ Solidão no luto: pesquisa inédita mostra dificuldade dos brasileiros para lidar com a morte. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45596113>

3 AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO DE PERSONALIDADE

A origem etimológica da palavra autonomia é grega e significa *autós*- para si; *nomos*-norma, lei, ou seja, trata-se da norma que o indivíduo estabelece para si, estando, portanto, desde os primórdios, atrelada à subjetividade individual, mas também à fluidez dos aspectos sociais, culturais e religiosos que moldam as relações (DADALTO, 2020, p.5).

E para se discorrer dentro da temática abordada sobre a autonomia privada bem como sobre os direitos de personalidade é necessário que se faça um afastamento do conceito tradicional, baseado apenas em uma liberdade individual plena e focado apenas em relações patrimonialistas.

A Constituição de 1988 adotou o pluralismo como um de seus fundamentos, dando maior liberdade para as diversas visões de mundo possíveis e representou um marco na normativa da autonomia privada dentro da esfera civilista, tendo em vista que a pessoa foi colocada em lugar de destaque no ordenamento jurídico.

Para Ana Carolina Brochado Teixeira:

Houve verdadeira revolução no pensamento jurídico, pois com a avassaladora experiência de eugenia e de massacre de seres humanos, o direito voltou-se para a tutela da pessoa, por meio dos direitos de personalidade, que tiveram sua origem nesta época, paralelamente ao desenvolvimento da doutrina dos direitos humanos, no âmbito internacional. Emergiram, assim, o que hoje se denomina de situações jurídicas existenciais, às quais a lógica proprietária não se aplica, tendo em vista a dificuldade funcional de se estabelecer um vínculo coerente entre patrimonialidade e subjetividade, razão pela qual se fez necessária a criação de uma sistemática própria para tais situações jurídicas, pois aquela então existente era insuficiente para a tutela oferecida indistintamente ao sujeito de direito, que tinha como fundamentos as liberdades públicas e o direito subjetivo. (TEIXEIRA, 2018, p. 84).

A ideia de autonomia passou então a ser também existencial, a se relacionar com o livre desenvolvimento da personalidade, estando reservado a cada um dos sujeitos, um espaço de individualidade, no qual possa, de forma autônoma, decidir sobre seu desenvolvimento pessoal (MEIRELES, 2009, p.74).

Nas palavras de Marcelo de Mello Vieira e Bráulio Lopes de Assis:

Essa nova ordem jurídica democrática fulcrada na dignidade da pessoa humana (CRFB/1988, art. 1º III) exige que o Estado adote não só uma postura protecionista, mas que também permita que seus cidadãos desenvolvam suas individualidades, promovendo assim as potencialidades de cada um. No Direito Privado, os direitos da personalidade ganham destaque, justamente por serem aqueles direitos que visam proteger e promover a personalidade

de cada indivíduo. A autonomia da vontade, típica do Direito Civil negocial, ganha novas balizas e é substituída por uma ideia maior, autonomia privada, aplicável às relações existenciais (VIEIRA; ASSIS, 2015, p. 43).

Com relação aos direitos de personalidade, tais preceitos tornaram-se relevantes na medida em que ganharam destaque por se tratarem de direitos que visam proteger e promover a individualidade e personalidade de cada indivíduo. Importante frisar que personalidade e os direitos da personalidade abarcados no Código Civil não são institutos idênticos:

Num primeiro sentido, tem-se o atributo de constituição do sujeito enquanto partícipe de relações e situações jurídicas – a personalidade. A pessoa é o ente dotado de personalidade e, como tal, apta a possuir direitos e deveres na ordem jurídica. Em outro sentido, veem-se aspectos próprios da pessoa, atuando como objeto de relações ou situações jurídicas – os direitos de personalidade [...]

Dito de outra forma: o primeiro enfoca a pessoa em seu aspecto subjetivo, permitindo que alguém seja sujeito das relações e situações jurídicas. Já os direitos de personalidade concentram-se no aspecto objetivo, isto é, são objeto de relações e situações jurídicas (NAVES, 2010, p.17).

Para Maria Helena Diniz,

O direito da personalidade é o direito da pessoa de defender o que lhe é próprio, como a vida, a identidade, a liberdade a imagem, a privacidade, a honra, ou ainda, é o direito subjetivo, de exigir um comportamento negativo de todos, protegendo um bem próprio, valendo-se de ação judicial (DINIZ, 2018 p.121-122).

O Código Civil de 2002, mesmo tendo sido apresentado como projeto de lei em 1975, conseguiu apresentar certa consonância com a Constituição de 1988, ao contemplar parte específica para os direitos da personalidade. O direito civil tradicional é baseado em uma dicotomia que trata dos direitos reais e obrigacionais, e tem como característica comum um objeto externo ao sujeito titular do direito. No direito da personalidade a particularidade é que o objeto são os próprios atributos da pessoa, ou seja, são indissociáveis ao sujeito de direito.

Para Maria Celina Bodin de Moraes,

No que se refere às relações extrapatrimoniais, o Código Civil, à luz de interpretação constitucionalizada, possivelmente regrediu. Com efeito, debate-se atualmente se, em virtude do mesmo princípio fundamental da proteção da dignidade humana, não deveria, logicamente, uma expansão da autonomia privada no que se refere às escolhas da vida privada de cada pessoa humana? Ou seja, a privacidade garantida pela Constituição a uma pessoa digna, plenamente capaz, não deveria significar, pelo menos em linha de princípio, mais amplo poder de escolha sobre seus bens mais importantes? (MORAES, 2010, p.3).

Nas palavras de Ana Carolina Brochado Teixeira,

Embora a Constituição brasileira não seja direta quanto à tutela do direito ao livre desenvolvimento da personalidade, protege-o indiretamente ao resguardar a dignidade humana [...]. Além dessa abertura e da ampla possibilidade para concretizar a dignidade, também deve ser considerada a liberdade que a pessoa tem, nos limites de suas particularidades. Não se trata, portanto, da liberdade no sentido liberal, mas de uma autonomia condicionada à responsabilidade e, por isso, dependente das condições materiais, vulnerabilidade individual, informação que cada pessoa tem sobre a situação existencial em jogo que demanda sua decisão. Assim, o diálogo deve ser estabelecido entre dignidade, autonomia e responsabilidade. É nessa trilogia que será possível uma efetiva possibilidade de cada pessoa construir, de forma livre, a própria personalidade, desenvolvê-la em todas as suas potencialidades, pois na base de toda e qualquer relação humana deve estar sempre presente o respeito à dignidade. (TEIXEIRA, 2018, p.81).

As indagações e reflexões aqui apontadas são de contribuição significativa e relevante para que se possa discorrer de forma mais clara e objetiva a respeito da complexidade que envolve a temática da autonomia tal como suas limitações, bem como sobre a sua correlação direta no que tange ao estudo do tema aqui proposto, o direito de decidir sobre a própria morte.

3.1 AUTONOMIA PRIVADA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A noção jurídica atual de autonomia foi sendo construída paulatinamente, tendo sido moldada e diretamente influenciada pelos anseios filosóficos e sociais de cada período da história, se manifestando principalmente no que concerne às relações patrimoniais. No ordenamento jurídico brasileiro não foi diferente:

Na concepção mais tradicional que perdurou por muito tempo, a liberdade foi direcionada à ampla possibilidade de participar de relações jurídicas patrimoniais sem interferência do Estado, configurando-se uma tutela negativa. Nessa perspectiva, o direito à liberdade sempre esteve presente na história constitucional brasileira, de forma acentuadamente neutra. Foi apenas com a Constituição de 1988, que tutelou a pessoa humana em sua totalidade e singularidade, por meio de um catálogo amplo e aberto de direitos fundamentais, que a liberdade, que ora denominamos autonomia privada, recebeu tutela positiva, principalmente quando se trata de situações jurídicas existenciais, para que as decisões individuais sejam protegidas, devendo o Estado garantir a autonomia pessoal, sob o viés da igualdade material. (TEIXEIRA, 2018, p. 82).

Habermas trabalha com o conceito autonomia privada à luz da dignidade da pessoa humana, e nas palavras de Luciana Dadalto,

Essa necessidade de ler a autonomia privada à luz da dignidade da pessoa humana é, em outras palavras, o entendimento de Habermas sobre a

superação da dicotomia “autonomia pública” x “autonomia privada”, ou seja, a leitura de que a autonomia pública e autonomia privada são princípios co-originais, que se complementam e se inter-relacionam de forma harmônica, não excludente. A autonomia privada está ligada ao agir individual e a autonomia pública relaciona-se com ações coordenadas por meio de leis coercitivas, que limitam este agir individual [...] Por isso, a autonomia deve ser entendida sob uma perspectiva dialógica, conformada pela dignidade da pessoa humana e, portanto, dirigida a aspectos públicos e privados, patrimoniais e existenciais (DADALTO, 2020, p. 7-8).

Partindo de tal premissa, fato é que a Constituição de 1988 representou um marco para a tutela da pessoa humana e das necessidades existenciais, bem como para a normativa da autonomia no ordenamento jurídico brasileiro, vez que coexistem normas públicas e privadas, com a garantia de direitos individuais, e de direitos sociais (DADALTO, 2020, p.9).

A jurisprudência brasileira também tem caminhado no sentido de defender a vinculação do direito privado aos direitos constitucionais. O Supremo Tribunal Federal tem proferido diversas decisões neste sentido, demonstrando que esta é uma tendência real no direito brasileiro e que a Constituição deixou de ser compreendida como norma pertinente apenas ao Direito Público.

3.2 AUTONOMIA PRIVADA E AUTONOMIA DA VONTADE

As expressões autonomia da vontade e autonomia privada não são sinônimas e suas distinções se fazem necessárias para o estudo jurídico. A autonomia da vontade é fundada em um momento onde a intervenção do Estado na esfera particular era mínima.

Para Maria de Fária Freire de Sá e Maila Mello Campolina Pontes,

A expressão “autonomia da vontade” tem sua memória ligada ao liberalismo. Juntamente com a propriedade privada, afigurava-se como princípio que regia a concepção de um sistema de direitos negativos frente ao Estado e a outros cidadãos, possibilitando, dessa maneira, a cada indivíduo a realização de seus interesses e inclinações individuais sem a intervenção estatal. Tal concepção era extremamente conveniente ao objetivo da época, posto que qualquer limitação dos anseios individuais por parte do Estado travaria o progresso e o desenvolvimento humano e social, materializando-se em obstáculo ao desenvolvimento do capitalismo. Assim, vigia uma noção de autonomia ilimitada. O acordo de vontades, refletor da liberdade do querer humano, desprovido de condicionantes externas, era o signo para a produção dos efeitos jurídicos que aprovavam ao homem no período liberal (SÁ; PONTES, 2008, p.182).

Com o tempo o próprio Estado reconheceu a necessidade de uma intervenção positiva, na qual a autonomia individual passou a sofrer certas limitações impedindo que a vontade de um indivíduo pudesse vir a ser prejudicial à autonomia de outro. Mais uma vez, a concepção de autonomia aliou-se a uma ideia extremista, recorrendo ao excesso – desta vez não de abstenção, mas, sim, de intervenção (SÁ, PONTES, 2018, p.182):

Dessa forma, era preciso um equilíbrio, uma concepção que salvaguardasse a individualidade e sua manifestação sem, contudo, desconsiderar a esfera pública sobre a qual se atua e os reflexos advindos de sua materialização junto a iguais liberdades que convivem num mesmo cenário. A autonomia não poderia mais ser estudada e protegida senão diante do outro, numa perspectiva de relacionalidade, pressupondo um reconhecimento recíproco da condição de sujeito, pois não há que se conceber atuação individual isolada do meio social. O ser humano está em constante interação e sua liberdade de atuação só pode ser de todo protegida se não invade o igual espaço de autodeterminação alheio (SÁ; PONTES, 2018, p. 183).

Ana Carolina Brochado Teixeira estabelece que a diferenciação de ambos se dá, principalmente, em razão do seu conteúdo:

Autonomia da vontade caracterizava-se pelo poder da vontade atribuído ao indivíduo no marco político do Estado Liberal, que deixava a cargo dos indivíduos decidirem as próprias vidas no que tange à liberdade contratual, já que o maior valor social à época era o patrimônio, em razão da sociedade burguesa dominante, que impunha uma dialética negocial baseada eminentemente na lógica econômica. [...] O pós-guerra, fascismo, comunismo e nazismo se concretizaram em uma radical intervenção do Estado na economia, de modo a demandar uma reestrutura das relações econômicas privadas, antes construídas sob o perfil da liberdade formal. Diante disso, a autonomia privada foi fortemente limitada pelo caráter social do Estado, embora continuasse tendo seu matiz patrimonial. Passou a conviver com a função social – do contrato, da propriedade –, funcionando como limite e condição de seu exercício, ocasionando uma mudança expressiva (TEIXEIRA, 2018, p. 83-84).

Quanto a expressão autonomia da vontade, o filósofo Immanuel Kant, um dos primeiros a utilizar esse termo, assim o define:

Autonomia da vontade é aquela sua propriedade graças à qual ela é para si mesma a sua lei (independentemente da natureza dos objetos do querer). O princípio da autonomia é, portanto: não escolher senão de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal. Que esta regra prática seja um imperativo, quer dizer que a vontade de todo o ser racional esteja necessariamente ligada a ela como condição, é coisa que não pode demonstrar-se pela simples análise dos conceitos nela contidos, pois se trata de uma proposição sintética; teria que passar-se além do conhecimento dos objetos e entrar numa crítica do sujeito, isto é da razão prática pura; pois esta proposição sintética, que ordena apodicticamente, tem que poder reconhecer-se inteiramente a priori (KANT, 1986, p. 85).

Maria Helena Diniz, por sua vez, retrata o princípio da autonomia da vontade como: “o poder de estipular livremente, como melhor lhes convier, mediante acordo de vontade, a disciplina de seus interesses, suscitando efeitos tutelados pela ordem jurídica” (DINIZ, 2011, p. 41).

Francisco Amaral conceitua os dois termos da seguinte forma:

A autonomia privada constitui-se, portanto, no âmbito do direito privado, numa esfera de atuação jurídica do sujeito, mais propriamente um espaço de atuação que lhe é concedido pelo imperativo, o ordenamento estatal, que permite, assim, aos particulares a auto-regulamentação de sua atividade jurídica. Os particulares tornam-se, desse modo, e nessas condições, legisladores sobre sua matéria jurídica, criando normas jurídicas vinculadas, de eficácia reconhecida pelo Estado. (AMARAL, 2008, p. 213).

E ainda:

A expressão autonomia da vontade tem uma conotação subjetiva, psicológica, enquanto a autonomia privada marca o poder da vontade no direito de um modo objetivo, concreto e real”. Todavia, este poder não é originário. Emanada do ordenamento jurídico estatal, que o reconhece e opera nos limites que esse estabelece, demarcações que vem crescendo em virtude do aumento das funções sociais do Estado. (AMARAL, 2008, p. 345).

Para Érico de Pina Cabral, a autonomia da vontade está relacionada com liberdade de autodeterminação enquanto que a autonomia privada seria o poder de autoregulamentação (CABRAL, 2004).

Já para a autora Luciana Dadalto, mais importante do que a dicotomia terminológica é a verificação de que o conceito de autonomia é vazio se não for lido e conformado com os conceitos de dignidade e alteridade (DADALTO, 2020, p.9).

E conforme entendimento de Maria de Fátima Freire de Sá e Maila Mello Campolina Pontes,

A conclusão de que, a partir da alteridade, ou seja, uma visão que transcende a auto-imagem e abarca o relacionar-se com o outro, será possível potencializar a individualidade e seu intercâmbio junto às demais, na construção de uma interseção que seja deveras legítima, porquanto imbuída no consenso auferido pela integração e participação (SÁ; PONTES, 2008 ,p.183).

Roni Edson Fabro e Janaína Reckziegel possuem uma visão peculiar sobre a temática ao dissertarem sobre a autonomia da vontade e a autonomia privada no ordenamento jurídico brasileiro:

A autonomia privada, então, se constitui no gênero, enquanto que a autonomia da vontade pode ser a espécie, considerando a autonomia da vontade vinculada à vontade interna (psíquica) e à liberdade de atuação de cada pessoa, com a possibilidade de escolha do tipo de obrigação a que se pretende aderir, enquanto a autonomia privada, por sua vez, tem relação direta com a liberdade de contratação, ou seja, com a criação de normas para si (FABRO; RECKZIEGEL, 2020 ,p.179)

Por fim, cabe ressaltar o posicionamento de Roberta Elzy de Faria ao defender que,

Na realidade, não há o abandono da autonomia da vontade, mas sim uma releitura desse princípio, em face das mudanças sociais ocorridas nos últimos séculos, que conduziram a uma modificação na análise dos principais institutos e princípios do Direito Civil (FARIA, 2007, p. 60-61).

É correto dizer que existem diferentes visões acerca das diferenciações que possam vir a circundar as duas terminologias no universo jurídico, sendo necessário que se entenda que ambos os termos não são sinônimos. No entanto, mais relevante é que se a pessoa humana passou a ser o centro do ordenamento jurídico, viu-se necessária a adoção de uma autonomia plural e que fosse além das questões patrimoniais, abarcando também as situações jurídicas existenciais contemporâneas.

3.3 AUTONOMIA PRIVADA E O DIREITO DE MORRER

Conforme já explicitado, a Constituição de 1988 trouxe na figura da dignidade humana mudanças acerca das disposições de proteção dos direitos público e privado, patrimonial ou extrapatrimonial. E o instituto da autonomia privada se viu insuficiente para regular as situações jurídicas existenciais:

A opção constituinte de alçar a dignidade humana ao posto de fundamento da República, consoante art. 1º, III, da Constituição de 1998, promoveu a inflexão axiológica que estabeleceu a prevalência das situações existenciais sobre as patrimoniais. No que tange às situações pessoais, portanto, como aquelas que se referem à vida privada do sujeito (liberdade de crença, de associação, de profissão, de pensamento, dentre outras), considera-se haver uma proteção constitucional reforçada, porque, sob o prisma da Constituição, esses direitos são indispensáveis para a vida humana digna. Significa dizer que as ações humanas que envolvem escolhas de caráter existencial são protegidas de modo mais intenso pela ordem constitucional (MORAES; CASTRO 2014, p. 792).

Nesse contexto, surge a figura da autonomia privada existencial, que seria o instrumento da liberdade que incide precisamente – mas não exclusivamente – nas situações jurídicas subjetivas situadas na esfera extrapatrimonial (MORAES,

CASTRO, 2014, p. 794). Constitui um elemento novo que retrata as preocupações acerca principalmente da autonomia corporal, ou seja, a autodeterminação que o indivíduo tem em relação ao próprio corpo.

Nas palavras de Ana Carolina Brochado Teixeira,

Emergiram, assim, o que hoje se denomina de situações jurídicas existenciais, às quais a lógica proprietária não se aplica, tendo em vista a dificuldade funcional de se estabelecer um vínculo coerente entre patrimonialidade e subjetividade, razão pela qual se fez necessária a criação de uma sistemática própria para tais situações jurídicas, pois aquela então existente era insuficiente para a tutela oferecida indistintamente ao sujeito de direito, que tinha como fundamentos as liberdades públicas e o direito subjetivo. Além disso, o contrato – expressão da liberdade patrimonial – não exaure todas as expressões da liberdade da pessoa humana. A vontade gera fatos jurídicos, cujos efeitos, atualmente, ocorrem tanto na órbita existencial quanto na patrimonial. (TEIXEIRA, 2018, p. 84).

Nas discussões sobre a tomada de decisões em fim de vida, Luciana Dadalto opta por trabalhar com o conceito de autonomia privada como sendo aquele que legitima a ação do indivíduo, conformada à ordem pública e permeada pela dignidade da pessoa humana e pela alteridade (DADALTO, 2020, p.10):

Aquela que garante que os indivíduos persigam seus interesses individuais, sem olvidar da intersubjetividade e da alteridade. Significa dizer que autonomia privada não é o poder do indivíduo de fazer tudo o que quiser; não se traduz em uma ampla liberdade, muito pelo contrário, garante ao indivíduo o direito de ter seu próprio conceito de “vida boa” – e, por que não, de “boa morte” – e de agir buscando tal objetivo, direito este que encontra barreiras na alteridade, de modo que a autodeterminação do indivíduo deve ser balizada pelas relações interpessoais e tal balizamento é feito pelas normas jurídicas (DADALTO, 2020, p.10).

Luciana Dadalto juntamente com Ana Beatriz Mayumi Akiyama também discorre que,

Acredita-se que, a dignidade também deve alcançar o momento de morte, que nada mais é do que o derradeiro ato de vida. Assim, deve o indivíduo poder decidir como ocorrerá tal processo, por meio do exercício de sua autonomia e em conformidade com as normas éticas, bioéticas e jurídicas existentes, seja postergando a morte pelo máximo de tempo possível com o emprego das técnicas e biotecnologias disponíveis, seja aceitando o óbito em seu tempo natural ou ainda acelerando-a. (DADALTO; AKIYAMA, 2020, p.19).

Tamis Dalsenter Viveiros de Castro ressalta que a autonomia existencial se configura como instrumento da liberdade individual para realização das potencialidades da pessoa humana e de seus interesses não patrimoniais, incidindo nas situações jurídicas subjetivas situadas na esfera extrapatrimonial, cujo referencial

objetivo é o próprio titular no espaço de livre desenvolvimento da personalidade (CASTRO, 2017, p. 101).

Resta assim evidente a necessidade de classificação e melhor discernimento das situações jurídicas patrimoniais ou existenciais, de acordo com a função que cada uma delas exerce, para se que se possa distingui-las tal como investigar qual seria o tratamento mais adequado no contexto do ordenamento jurídico frente à situação fática, especialmente àquelas relacionadas à vida humana.

3.4 DIREITO DA PERSONALIDADE

Assim como a autonomia privada, os direitos da personalidade foram construídos gradativamente ganhando maior destaque especialmente no cenário pós 2º Guerra Mundial e sendo expressamente tratados com o Código Civil de 2002, que foi o primeiro instrumento legislativo a utilizar a expressão no ordenamento jurídico brasileiro.

A análise dos chamados direitos da personalidade torna-se importante na medida em que tais direitos se referem a direitos essenciais para o pleno desenvolvimento da pessoa humana. Para Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira,

Direitos da personalidade são aqueles que têm por objeto os diversos aspectos da pessoa humana, caracterizando-a em sua individualidade e servindo de base para o exercício de uma vida digna. São direitos da personalidade a vida, a intimidade, a integridade física, a integridade psíquica, o nome, a honra, a imagem, os dados genéticos e todos os seus demais aspectos que projetam a sua personalidade no mundo. (SÁ; MOUREIRA, 2015, p. 47).

Para Pontes de Miranda nem sequer é correto se dirigir à personalidade como um direito propriamente dito, pois se trata de um atributo conferido a todo ser humano, do qual derivam direitos e obrigações: “certo, a personalidade em si não é direito; é qualidade, é o ser capaz de direitos, o ser possível estar nas relações jurídicas como sujeito de direito” (MIRANDA, 2000, p. 216).

Nesse mesmo entendimento, Caio Mário da Silva Pereira aduz que

A personalidade é atributo inerente ao homem; não requer o preenchimento de qualquer requisito, nem depende do conhecimento ou da vontade do ser humano. Mesmo que o indivíduo não tenha consciência da realidade, é dotado de personalidade, pelo simples fato de ser pessoa (PEREIRA, 2020, p. 142).

Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira fazem uma importante reflexão acerca da amplitude dos direitos da personalidade, tendo a dignidade do homem como recurso ao direito geral de personalidade. E o grande desafio se encontra no entendimento do que seria tal dignidade:

A dignidade deve ser buscada em meio às relações sociais, compreendidas, portanto, como uma categoria do próximo, na comunhão dos indivíduos. Somente assim poderemos buscar soluções legítimas para questões intrincadas (SÁ; MOUREIRA, 2015, p. 59).

Quanto às principais características dos direitos da personalidade,

Os direitos da personalidade possuem características próprias: são absolutos (podem ser relativizados porém *erga omnes*, a ninguém é dada a possibilidade de violentar o direito de personalidade alheio), inatos (inerentes à condição humana, não se podendo afirmar que todos os direitos da personalidade são inatos, haja vista que alguns são adquiridos), extrapatrimoniais (o conteúdo dos direitos da personalidade não admitem valoração econômica), irrenunciáveis (permanecem na esfera do seu titular), inextinguíveis (vitalícios salvo a morte do próprio titular), necessários (essenciais à constituição e manutenção da própria dignidade do ser humano), imprescritíveis (é impossível sua extinção pelo não exercício do titular), intransmissíveis (não se transmitem sequer por ato *causa mortis*) (SÁ; NAVES, 218, p. 67-68).

Com relação à sua classificação, não existe um consenso pela doutrina majoritária bem como juristas acerca dos direitos de personalidade.

Pontes de Miranda classifica como:

O direito à vida; o direito à integridade física; o direito à integridade psíquica; o direito à liberdade; o direito à verdade; o direito à igualdade formal; o direito à igualdade material; o direito de ter nome e o direito ao nome; o direito à honra; o direito autoral de personalidade (MIRANDA, 2000, p. 8).

O Código Civil de 1916 voltava mais suas atenções à seara de direitos da propriedade, e após as duas grandes Guerras Mundiais, o desenvolvimento dos direitos da personalidade, não poderiam mais se valer de um sistema que privilegiasse a propriedade privada. Com a Constituição de 1988, bem como o código civil de 2002, os direitos da personalidade foram consolidados.

O Código Civil brasileiro preceitua os direitos da personalidade, disciplinando-os do artigo 11 ao artigo 21.⁴

Art. 11. Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária.

Art. 12. Pode-se exigir que cesse a ameaça, ou a lesão, a direito da personalidade, e reclamar perdas e danos, sem prejuízo de outras sanções previstas em lei.

Parágrafo único. Em se tratando de morto, terá legitimação para requerer a medida prevista neste artigo o cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta, ou colateral até o quarto grau.

Art. 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.

Art. 14. É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte.

Parágrafo único. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo.

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Art. 16. Toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome.

Art. 17. O nome da pessoa não pode ser empregado por outrem em publicações ou representações que a exponham ao desprezo público, ainda quando não haja intenção difamatória.

Art. 18. Sem autorização, não se pode usar o nome alheio em propaganda comercial.

Art. 19. O pseudônimo adotado para atividades lícitas goza da proteção que se dá ao nome.

Art. 20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais.

Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes.

Art. 21. A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma. (BRASIL, 2002).

Para Rose Melo Vencelau Meireles os artigos que tratam dos direitos da personalidade no Código Civil apontam para a possibilidade de outras formas de tutela, pois se deve evitar o ilícito e fazê-lo cessar (MEIRELES, 2006. p. 231).

Já Maria Celina Bodin de Moraes e Thamis Dalsenter Viveiros de Castro fazem uma importante reflexão sobre os direitos da personalidade levantados no Código Civil de 2002 e que se encaixam no contexto aqui abordado:

⁴ Capítulo II, do Livro I, Título I, da parte geral do Direito Civil.

O capítulo sobre os direitos da personalidade do Código Civil de 2002, além de não dispor de uma cláusula geral, contém tantas medidas restritivas que mais parece cuidar de deveres do que de direitos. A propósito, considerou-se um sério limite do legislador não ter distinguido entre titularidade e exercício, inscrevendo neste o que é atributo daquela. Assim procedeu ao dizer, no art. 11, que “o exercício dos direitos de personalidade não pode sofrer limitação voluntária, quando operou radical inversão, submetendo a pessoa aos direitos, ao invés de pô-los a serviço dela” (VILLELA, 2003, *apud*, MORAES; CASTRO, 2014, p. 782).

A regulamentação para com os “cuidados de si” e com o próprio corpo criam uma complexa relação com o desenvolvimento da personalidade, pois nesse campo é necessário que o desenvolvimento pessoal não se torne um projeto de submissões. Fato é que toda atividade relacionada com atos de disposição e dever de cuidado com o ser humano em sua integridade física precisaram ter seus limites determinados, principalmente pelos princípios bioéticos, que serão tratados com mais clareza em capítulo subsequente.

3.5 O TESTAMENTO VITAL

O debate contemporâneo acerca da autonomia da vontade dos pacientes em fim de vida ganha cada vez mais espaço nas discussões acerca do “direito de morrer” ao redor do mundo e, no meio jurídico brasileiro não é diferente.

A manifestação de vontade do paciente assume especial relevância para a garantia de seu projeto individual de vida e boa morte. E nesse contexto que o testamento vital se insere, como espécie do gênero de documentos de manifestação de vontades chamado de diretivas antecipadas de vontade (DADALTO, 2020, p.1).

Antes de adentrar mais a fundo acerca do testamento vital, é fundamental esclarecer que testamento vital e diretivas antecipadas de vontade não são sinônimos e o termo pode ser visto também por declaração prévia de vontade do paciente terminal ou declaração prévia do paciente terminal, denominações oriundas da tentativa de tradução literal do termo “*living will*” (DADALTO, 2020, p.5).

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) têm sido entendidas como gênero do qual são espécies o testamento vital (*living will*) e a procuração para cuidados da saúde (*durable power attorney for health care*) (DADALTO, 2020, p. 44).

Atualmente, as diretivas não tratam apenas de desejos para fim de vida, sendo entendidas como documentos de manifestação de vontade prévia que terão efeito para quando o paciente não conseguir manifestar livre e autonomamente sua vontade. [...] Inúmeras são as definições de testamento

vital encontradas na literatura estrangeira. O apanhado dessas definições permite concluir que o testamento vital é um documento redigido por uma pessoa no pleno gozo das suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar sua vontade (DADALTO, 2020, p.44-55).

Posto isso, cabe discorrer acerca do surgimento de tal documento. O testamento vital foi proposto pela primeira vez na década de 1960, pela Sociedade Americana para a Eutanásia com o nome de *Living Will*. A proposta era de um documento de cuidados antecipados na qual o indivíduo poderia registrar o seu desejo de interromper as intervenções médicas de manutenção da vida (DADALTO, 2020, p. 63).

O *Living Will*, que teve amparo no consentimento livre e esclarecido, surgiu como forma de garantir a dignidade do paciente no futuro, desde que este estivesse regido de plena capacidade mental, devido principalmente ao avanço de métodos de prolongamento da vida do paciente terminal mesmo que não ocorra possibilidade de cura ou recuperação do paciente.

O primeiro caso judicial que tratou do *living will* deu-se em 1976, quando a família de Karen Ann Quinlan solicitou o desligamento dos equipamentos que a mantinham viva. Com o caso de Nancy a população norte americana passou a questionar se teria que entrar com medidas judiciais caso se encontrasse no mesmo estado da paciente e, nesse momento, surgiu a criação das diretivas antecipadas de vontade.⁵

A expressão “testamento vital”, muitas vezes confundida com o instituto do testamento, são métodos distintos que não devem ser comparados. Apesar de assemelharem-se por se tratarem de um negócio jurídico, unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável, são dois métodos diferentes, principalmente por duas características do testamento vital: a produção de efeitos *post mortem* e a solenidade. (DADALTO, 2020).

A doutora Luciana Dadalto ganha destaque no desenvolvimento do tema no Brasil: criadora de uma série de materiais com vastas informações acerca do tema e

⁵ História do Testamento Vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. Disponível em: <https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-03.pdf>

do portal Testamento Vital, que visa centralizar informações sobre conteúdos acerca das manifestações de vontade.

O testamento vital, em regra, produz efeito *erga omnes*, vinculando médicos, parentes do paciente e eventual procurador de saúde vinculado às suas disposições e não se aplicam apenas à situações de terminalidade, se adequando à todos os estágios em que o paciente se encontrem em estágio de incurabilidade/irreversibilidade (DADALTO, 2020, p. 58).

Quanto ao seu conteúdo, em linhas gerais, nos ordenamentos estrangeiros seu teor dispõe de recusa e/ou aceitação dos cuidados e tratamentos que prolonguem a vida de forma artificial, sobre a disposição de doação de órgãos e a nomeação de um representante.

Com relação a sua forma, nos países com tradição jurídica semelhantes ao Brasil, o testamento vital pode ser feito por documento público ou privado. Na primeira modalidade, o documento é registrado em um cartório, por meio de escritura pública, sem a presença de testemunhas. Na segunda, o documento deve ser assinado por testemunhas, sem previsão legal do número necessário (DADALTO, 2020, p. 112).

O testamento vital já tem previsão legal em alguns países, como Estados Unidos, Espanha, Itália e Portugal. A doutrina estrangeira aponta três principais pontos relativos ao seu conteúdo:

Os aspectos relativos ao tratamento médico, como a suspensão do esforço terapêutico (SET), a manifestação antecipada se deseja ou não ser informado sobre diagnósticos fatais, a não utilização de máquinas e previsões relativas a intervenções médicas que não deseja receber; a nomeação de um procurador e a manifestação sobre eventual doação de órgãos. (DADALTO, 2020, p. 56-57).

No Brasil muito ainda se discute acerca do procedimento. O Código de Ética Médica brasileiro prevê em seu artigo 28 que é direito do médico se recusar a realizar atos, que sejam contrários à sua consciência, mesmo que previstos em lei:

Artigo 28: Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 1988).

Assim, conforme Luciana Dadalto,

É direito do médico, diante do testamento vital, recusar-se a realizar a vontade do paciente, desde que esteja balizado por razões éticas, morais, religiosas, ou qualquer outra razão de foro íntimo. Não é possível, dessa forma, que a objeção de consciência do médico seja respaldada por recusa injustificada, é

necessário externar o motivo pelo qual está recusando a cumprir a disposição de vontade do paciente e, neste caso, deverá encaminhá-lo para cuidados de outro médico (DADALTO, 2020, p.57).

As diretivas antecipadas de vontade são um gênero de documento de manifestação de vontade aprovadas como oficiais no país pelo Conselho Federal de Medicina em 2012, por meio da resolução CFM nº 1.995/2012. Essa é a primeira regulamentação sobre o tema no Brasil. A resolução propõe que:

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

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

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

§4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

O projeto de lei do Senado nº 149, de 2018 propõe a possibilidade de toda pessoa maior e capaz declarar, antecipadamente, o seu interesse de se submeter ou não a tratamentos de saúde futuros, caso se encontre em fase terminal ou acometido de doença grave ou incurável.

E o projeto de lei nº 231, de 2018, do estado de São Paulo, dispõe sobre o consentimento informado e as instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida.

Em 2014, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) realizou a I Jornada de Direitos da Saúde, onde foi aprovado o enunciado 37 que dispõe:

As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se automaticamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014).

Para Luciana Dadalto,

O enunciado aprovado vai de encontro aos estudos sobre o tema. Primeiramente, começa fazendo uma confusão de nomenclatura: não existe Diretiva Antecipada de Vontade ou Declaração Antecipada de Vontade. O que existe é Diretiva Antecipada de Vontade e Testamento Vital. Quanto à forma, parece temeroso que o enunciado equipare as diretivas antecipadas de vontade a um negócio jurídico. Melhor seria reconhecer que as diretivas

antecipadas de vontade são uma declaração unilateral de vontade, ou seja, uma manifestação de autonomia do indivíduo e, como tal, não necessita de testemunhas (DADALTO, p. 107)

Ainda não há legislação específica que trata do assunto, o que não significa que o testamento vital não possa ser considerado válido. Pode se dizer que uma interpretação inclusiva das normas constitucionais e infraconstitucionais torna o testamento vital um instrumento garantidor válido nas situações de fim de vida, mesmo sem legislação própria, e desde que, não contenha disposições contrárias ao ordenamento jurídico brasileiro.

4 BIOÉTICA E BIODIREITO

Bioética é um neologismo construído a partir das palavras gregas *bios* (vida) e *ethos* (ética), e surge como corolário do conhecimento biológico, buscando o conhecimento a partir do sistema de valores (SÁ, NAVES, 2018, p. 2). Diego Gracia afirma que a Bioética surgiu na década de 1950, como uma grande necessidade frente às evoluções científicas e tecnológicas que aconteciam e que influenciavam diretamente nos campos da ciência e da medicina (GRACIA, 2010, p. 211).

No entanto, o termo só ficou oficialmente conhecido graças ao médico oncologista Van Rensselaer Potter e sua obra *Bioethic: Bridge to the future*, lançada na década de 1970. Potter propõe 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” (POTTER, 1971, p.7-8):

A clara distinção entre os valores éticos (*ethical values*), que fazem parte da cultura humanista em sentido lato, e os fatos biológicos (*biological facts*) está na raiz daquele processo científico-tecnológico indiscriminado que, segundo Potter, põe em perigo a própria humanidade e a própria sobrevivência sobre a terra. O único caminho possível de solução para essa iminente catástrofe é a constituição de uma “ponte” entre as duas culturas: a científica e a humanístico-moral. Em outros termos, a ética não deve se referir somente ao homem, mas deve estender o olhar para a biosfera em seu conjunto, ou melhor, para cada intervenção científica do homem sobre a vida em geral. A bioética, portanto, deve se ocupar de unir a “ética” e a “biologia”, os valores éticos e os fatos biológicos para a sobrevivência do ecossistema como um todo. O “instinto” de sobrevivência não basta: é preciso elaborar uma “ciência” da sobrevivência que o autor identifica com a bioética. (RAMPAZZO, 2021, p. 264).

André Marcelo Machado Soares consegue sintetizar de forma clara o conceito de Bioética:

Podemos afirmar que se trata, na realidade, de um conhecimento complexo de natureza pragmática, aplicado aos questionamentos morais suscitados pelas decisões clínicas e pelos avanços científicos e tecnológicos. Essa natureza pragmática se apoia em quatro princípios (autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência) e implica a capacidade de tomar decisões, moral e legalmente aceitas, em casos que envolvem conflitos de valores e em situações em que os avanços terapêuticos e científicos excluem de seus benefícios determinados grupos humanos, não avaliam cuidadosamente a relação risco-benefício ou não consideram a autonomia dos sujeitos passivos. (SOARES, 2006, p. 28-29).

Nas palavras de Maria Helena Diniz,

A Bioética seria, em sentido amplo, uma resposta da ética às novas situações oriundas da ciência no âmbito da saúde, ocupando-se não só de problemas éticos, provocados pelas tecnociências biomédicas, mas também a vários aspectos das pesquisas em seres humanos, como, por exemplo, a clonagem, mudança de sexo, esterilização, eugenia, eutanásia, dentre outros. (DINIZ, 2001, p.10-11).

Para Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves,

A Bioética é, portanto, a disciplina que estuda os aspectos éticos das práticas dos profissionais da saúde e da Biologia, avaliando suas implicações na sociedade e relações entre os homens e entre esses e outros seres vivos. (SÁ; NAVES, 2018, p. 8).

Ainda nesse contexto, para Leo Pessini, a Bioética pode ser definida como:

[...] debate sobre recentes descobertas tecnocientíficas em biologia, biofísica, bioquímica, genética e ciências médicas que trazem novos problemas às ciências humanas dos valores éticos, das convicções milenares de pessoas, de escolas filosóficas, teológicas e jurídicas que tratam do sentido da vida e da morte, da convivência política e da relação da natureza com o ser humano. [...] Em síntese, bioética, entendida como lugar comum à ciência e à simbologia, pode ser um novo marco para a renovação dos estudos éticos, conferindo-lhes mais concretude, mais apreensão dos problemas da vida, sem abstrair das profundas raízes filosóficas, religiosas, políticas e jurídicas. Numa palavra, bioética pode representar um excelente ponto de encontro entre teorias e práticas do cotidiano. (PESSINI, 2002, p. 65-67).

Nesse cenário, a ideia de bioética se manifesta com o objetivo de sanar os conflitos e as controvérsias morais causadas no meio das ciências da vida e da saúde humana, não se tratando de ciência autônoma, mas sim de uma disciplina que está a serviço da biociência.

O Biodireito por sua vez, teve seu nascedouro na preocupação ética dos operadores das Ciências Biológicas e da Saúde (SÁ, NAVES, 2018, p. 9). É uma ordem normativa distinta da bioética, sendo muitas vezes confundida e até mesmo utilizada como sinônimos.

Na concepção de Lino Rampazzo, Biodireito aparece como aplicação da Bioética, cujo objeto de análise são princípios e normas jurídicas que têm por fim imediato criar, resguardar, transferir, modificar ou extinguir direitos decorrentes de relações entre indivíduos (RAMPAZZO, 2020, p.261).

Já conforme de Tycho Brahe Fernandes,

O Biodireito surge na esteira dos direitos fundamentais e, nesse sentido, inseparável deles. O Biodireito contém os direitos morais relacionados à vida, à dignidade e à privacidade dos indivíduos, representando a passagem do discurso ético para a ordem jurídica, não podendo, no entanto, representar “uma simples formalização jurídica de princípios estabelecidos por um grupo

de sábios, ou mesmo proclamado por um legislador religioso ou moral. O Biodireito pressupõe a elaboração de uma categoria intermediária, que se materializa nos direitos humanos, assegurando os seus fundamentos racionais e legitimadores (FERNANDES, 2000, p. 42).

O Biodireito surge então, como sendo a positivação jurídica das normas ético-morais voltadas para as ciências da vida, tratando da teoria, da legislação e da jurisprudência voltadas às normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços que ocorreram principalmente nas áreas da Biologia, da Biotecnologia e da Medicina.

É um novo ramo do direito da vida humana, necessário para atender às novas questões que foram surgindo com o avanço científico e tecnológico, e que tornaram a legislação vigente insuficiente para atender as demandas atuais. Conforme preceitua Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves,

Como disciplina jurídica, o Biodireito tem método dogmático, apesar de se utilizar do conhecimento zetético para sua elaboração. As soluções que ele propõe devem partir de análise do caso concreto, porém balizam-se em dogmas- a norma (SÁ; NAVES, 2018, p. 8).

De forma bem simplificada, pode-se dizer também que se tratam de subdisciplinas de outras disciplinas, isto é, disciplinas derivadas de outras disciplinas: a Bioética é uma subdisciplina da Ética e o Biodireito é uma subdisciplina do Direito. Tem-se a bioética, como a ética das biociências e biotecnologias que visa preservar a dignidade, os princípios e valores morais das condutas humanas, meios e fins defensivos e protetivos da vida. E o Biodireito como normatização dos aspectos biomédicos e ecológicos.

4.1 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

Para melhor entendimento da temática, é fundamental que se discorra acerca dos princípios norteadores de ambos os segmentos. Tais princípios não devem ser tidos como de caráter absoluto, nem medidos sob um grau de maior ou menor importância entre si, pois todos se encontram no mesmo plano de equidade e relevância.

O estabelecimento dos princípios bioéticos se deu em um Congresso dos Estados Unidos, em 1974, quando uma comissão nacional ficou encarregada de

identificar os princípios éticos básicos que deveriam guiar a investigação em seres humanos pela ciência e pela medicina⁶.

Tempo depois, Tom L. Beauchamp e James F. Childress, em clássica obra publicada em 1979, desdobraram o princípio da beneficência em dois: em princípio da beneficência propriamente dito, e em princípio da não-maleficência, dando significativa mudança aos manuais de ética médica da época (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 1994, p.53).

Cumprе ressaltar que os princípios não se tratam de instrumentos limitadores de ações, mas são abstratos e funcionam com conteúdos axiológicos que direcionam de forma hipotética na construção de uma regra, de forma a contribuir para a resolução do caso concreto. Segundo Beauchamp e Childress, os princípios norteadores da Bioética são resultado de uma ponderação de juízos e da busca por coerência dentro da moralidade comum e da tradição médica (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 1994, p.55):

Toda atividade relacionada com atos de disposição e dever de cuidado com o ser humano em sua integridade física é balizado pelos princípios bioéticos, sendo eles: a autonomia, que traduz a ideia de respeito ao paciente; a beneficência, que traz à tona o fato de apenas beneficiar o enfermo; a não maleficência, em que não deve haver dano intencional ao paciente; e a justiça, que traduz a divisão imparcial de recursos. Tais princípios são diretrizes básicas que devem nortear todo trabalho que se dê junto a seres humanos, sejam experimentos ou a própria manutenção da vida (VIEIRA; ASSIS, 2015, p. 51).

O princípio da autonomia, ou princípio do respeito à autonomia, seria um dos basilares da Bioética e tem como instrumento fundamental a prática do consentimento livre e esclarecido. Trata do respeito à liberdade de escolha e manifestação da vontade. Se trata de uma autorregulação do sujeito sem interferências externas, mediante condições pessoais suficiente para compreender plenamente procedimento (VELASQUEZ, SOUZA, 2020, p.4).

Tomlyta Luz Velazquez e Paulo Vinicius Sporleder de Souza, ressaltam que:

Colocar em prática o princípio do respeito à autonomia é oferecer as informações necessárias e favorecer a tomada de decisão autônoma, sem colocar qualquer obstáculo para as escolhas que estão sendo expressas. Sabe-se que a autonomia se desdobra em diferentes aspectos a depender do âmbito em que se aplica (educativo, político, bioético, legislativo etc.), porém, como um ponto em comum em todos eles, tem-se a proteção

⁶ *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, ou a Comissão Nacional para Proteção de Pessoas Humanas na pesquisa biomédica e comportamental

da liberdade da pessoa, um valor ético inerente para o respeito à dignidade humana.. (VELASQUEZ; SOUZA, 2020, p. 5).

Para o autor Darlei Dall’Agnol,

Uma visão adequada da autonomia sustenta que ela é a capacidade de um indivíduo de expressar seu próprio caráter, seus valores, seus compromissos, convicções, interesses etc. inerentes à forma de vida que leva. Por esse motivo, não seriam interesses quaisquer, mas somente os críticos, isto é, necessários para o bem viver. Por conseguinte, a autonomia não é sinônimo de liberdade irrestrita, mas de autodeterminação. (DALL’AGNOL, 2004, p. 32).

Partindo para o princípio da justiça, têm-se uma preocupação maior em salvaguardar não somente as necessidades do paciente em questão, mas também tratar do sentido coletivo quando ultrapassada a seara individual,

Na perspectiva de uma estrutura social cooperativa, a distribuição de encargos de forma justa, equitativa e apropriada é considerada como justiça distributiva. Essa noção social é de extrema importância, ao passo que toda sociedade civilizada é considerada um empreendimento cooperativo estruturado em noções de justiça distributiva, na qual os bens de saúde são considerados como primários. Desta maneira, justiça vai além de um cuidado médico justo, mas reside também no avanço científico voltado ao bem comum, englobando também o acesso à saúde como uma justiça distributiva e equitativa devida (VELASQUEZ; SOUZA, 2020, p. 5).

Segundo Luciano de Freitas Santoro: trata-se de verdadeira expressão da justiça distributiva, obrigando a uma repartição igualitária entre os benefícios, os riscos e os encargos, proporcionados pelos serviços de saúde ao paciente (SANTORO, 2010, p. 105).

Já para Maria de Fátima e Bruno Naves: refere-se ao meio pelo qual se deve dar toda intervenção biomédica, isto é, maximizar os benefícios com o mínimo custo (SÁ, NAVES, 2018). Pode-se dizer que o princípio da justiça aqui, se assemelha à justiça distributiva, impondo a distribuição equitativa tanto dos riscos quanto dos benefícios.

Partindo para o princípio da beneficência, o mesmo é reconhecido como uma demanda moral, garantidora da obrigação de atuar em benefício de outros (VELASQUEZ, SOUZA, 2020, p.5). É através desse princípio que os procedimentos médicos devem ser realizados visando sempre o bem do paciente.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2002 p. 81),

O princípio da beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da não maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua

para o bem estar dos pacientes, promovendo ações para prevenir e remover o mal ou dano que, neste caso, é a doença e a incapacidade para fazer o bem, entendido aqui como a saúde física, emocional e mental. A beneficência requer ações positivas, ou seja, é necessário que o profissional atue para beneficiar seu paciente. Além disso, é preciso avaliar a utilidade do ato, pesando benefícios versus riscos e/ou custos.

Conforme Diego Gracia (2010, p. 250),

A tradição médica ocidental tem mantido, de modo, praticamente uniforme desde suas origens na medicina hipocrática até a atualidade, que favorecer e não prejudicar são duas obrigações morais distintas. Uma é a obrigação de favorecer, outra a de não prejudicar. O modo de articular as duas tem variado ao longo da história. A tese mais tradicional foi a de que a obrigação imperativa do médico é favorecer, e o não prejudicar é uma obrigação subsidiária quando o favorecer não é possível. Modernamente, a tese é mais precisamente o contrário: a obrigação primária não é prejudicar, e nunca se faz o favorecer sem o consentimento do paciente.

O Doutor Volnei Garrafa, em entrevista ao Centro de Bioética do Cremesp, levantou relevantes considerações acerca dos princípios da Bioética. Garrafa acredita que tais princípios não são universais tampouco se adequam aos países periféricos, como o Brasil, e que existe um relativismo ético que deve também ser levado em questão, eis que: “a bioética é a ciência das visões morais diferentes” (CENTRO DE BIOÉTICA, 2010).

Diferente da Bioética, o Biodireito não possui documento específico que relate seus princípios, não havendo concordância absoluta quanto à sua divisão. Alguns doutrinadores, como Aquilino Polaino Lorente, dividem os princípios do Biodireito em gerais (princípio da boa-fé, princípio da prudência) e específico (princípio da legalidade dos meios e fins).

Para fins de melhor exemplificação, optou-se por escolher duas divisões esclarecedoras: a tratada por Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira, seguidamente do contexto adotado pela doutrina europeia. O primeiro se divide da seguinte maneira: princípio da precaução, princípio da autonomia privada, princípio da responsabilidade (tendo como critério a amplitude de conteúdo e atuação) e o princípio da dignidade.

O princípio da precaução traduz-se em uma limitação à ação do profissional, que deve adotar medidas de precaução em caso de risco de dano grave e irreversível (SÁ, NEVES, 2018, p.40). Foi expressamente incorporado ao Direito Ambiental Brasileiro e transferido para o Biodireito pois proporciona maior proteção que a simples prevenção:

O princípio da precaução proporciona maior proteção que a simples prevenção por se ocupar da probabilidade de mal sério e irreversível. Enquanto a prevenção importa na tomada de medidas para evitar um dano conhecido e esperado, a precaução impede, inclusive, comportamentos que, devido ao estado atual do conhecimento, não representam uma certeza, mas uma mera probabilidade de dano, que por ser sério e irreversível deve ser obstado. Assim, sabe-se do prejuízo consequente. Já na precaução impede-se a atividade mesmo sem essa certeza. (SÁ; NAVES, 2018, p. 41).

O princípio da autonomia privada é o que confere ao sujeito a possibilidade de determinar conteúdo, forma e/ou efeitos do ato jurídico (SÁ, NAVES, 2018, p.105),

Podendo, numa situação concreta, o sujeito determinar somente conteúdo e efeitos, ficando a determinação da forma como função da lei. Ou prescrevendo forma e efeitos, restando ao sujeito o exercício da autonomia privada no referente ao conteúdo. Ou outras combinações de conteúdo, forma e efeitos determinados ora pelo ordenamento, ora pelo sujeito de direitos (SÁ; NAVES, 2018, p. 116).

Já o princípio da responsabilidade, no âmbito jurídico, revela o dever jurídico em que se coloca a pessoa, a fim de satisfazer as obrigações convencionadas ou suportar as sanções legais impostas por seu descumprimento (SÁ, NAVES, 2018, p. 43). Importante ressaltar que, o indivíduo só pode ser responsabilizado se for capaz de discernir sobre seus atos.

E por fim, o princípio da dignidade da pessoa humana, expresso na Constituição de 1988, em seu artigo 1º, III, e que protege todo o arcabouço de manifestações do ser humano, em sua vertente física, psíquica e espiritual (SÁ, NAVES, 2018, p.43).

Partido para o ponto de vista da doutrina europeia, foi criada uma estrutura que conta com quatro princípios básicos: autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade. O Princípio da autonomia nesse ponto trata principalmente do respeito ao ser humano pelo que se é, baseado em sua liberdade na tomada de decisões (VELASQUEZ, SOUZA, 2020, p.6).

Esse respeito à autonomia humana é crucial para a criação de códigos éticos e composição de termos de consentimento. Os autores resumem o princípio da autonomia em cinco capacidades: 1) de criar ideias e objetivos para vida; 2) de discernimento moral, autorregulação e privacidade; 3) de tomar decisões e iniciativas; 4) de ter envolvimento político e responsabilidade pessoal; 5) de informar consentimento. Ainda que considere a auto legislação do homem racional, não pode ser afastada a ideia de pluralismo, inerente à política da sociedade moderna, assim, com uma forma mais abrangente de autonomia, reconhece-se uma concepção de bem-estar mais solidária. Em que pese essa visão da autonomia, segundo os autores, servir de base para a privacidade, confidencialidade e consentimento informado, esse princípio possui limitações estruturais resultantes da dependência humana a fatores

externos e das limitações cognitivas de algumas pessoas (pessoas em coma, doentes mentais, menores, etc) (VELASQUEZ; SOUZA, 2020, p.6).

O princípio da dignidade aqui não difere do exposto anteriormente, considerando o respeito pelo ser humano com base no seu valor perante terceiros e a sociedade, não tendo violado seus aspectos físicos e psicológicos (VELASQUEZ, SOUZA, 2020, p.6).

Já o princípio da integridade se apresenta de modo mais complexo, sendo exposto por meio de duas perspectivas:

A integridade individual humana, pautada no conhecimento sobre sua história de vida e coerência resultante desse auto entendimento; e a integridade dos outros seres vivos, que devem ser reconhecidos como detentores de proteção, uma vez que a salvaguarda da sua integridade é fundamental para o equilíbrio da coexistência entre as espécies. Tal princípio reflete uma essencialidade da ética atual, a não interferência na integridade dos seres vivos. Por integridade, entende-se tudo aquilo que não pode sofrer nenhum tipo de dano ou alteração, devendo ser não só respeitado, como também protegido, pois fundamenta um conjunto de aspectos basilares para coerência da vida humana – suas memórias, história, relação com o ambiente natural e social (VELASQUEZ; SOUZA, 2020, p.7).

E por fim, o princípio do respeito a vulnerabilidade se relaciona com a garantia da integridade por corresponder a tudo aquilo que devemos preservar para manter uma coerência de vida (VELASQUEZ, SOUZA, 2020, p. 7).

Dentro das novas problemáticas éticas, sociais, biomédicas e tecnológicas que surgiram, a Bioética e o Biodireito exercem um papel sistemático ao trabalhar com princípios que servem como norteadores referenciais, tendo como desafios constantes a regulamentação e adaptação de tais mudanças às questões que envolvem, liberdade, autonomia e, em conformidade ao tema aqui proposto, à proteção da vida do indivíduo.

4.2 O BIODIREITO E A EUTANÁSIA

Como já mencionado, a eutanásia não é permitida pelo ordenamento jurídico brasileiro, sendo tratada pelo direito brasileiro como homicídio, ainda que privilegiado. No entanto, sua legalização já é realidade em alguns países, onde é tratada pelas vertentes do Biodireito e da Bioética.

Atesta-se que o Estado não mais pode se falar de uma proteção à vida a qualquer custo, se tal premissa se resume a uma viver indigna e com sofrimento por

parte daquele que a vive. Ou seja, se a vida digna do enfermo deve ser respeitada, conforme o seu entendimento de dignidade, deve-se também respeitar sua autonomia à uma morte digna quando demonstrar estar agindo de forma consciente, não ansiosa e não influenciada.

Como ilustração deste cenário é válido citar três importantes exemplos que abarcam o tema de forma esclarecedora. O primeiro é retratado no filme “Menina de Ouro” (*“Million Dollar Baby”*) de 2004, que narra a história de Maggie Fitzgerald, uma garçonne que larga sua cidade natal para buscar o sonho de ser uma boxeadora de sucesso.

Quando Maggie finalmente alcança o auge de sua carreira um incidente em uma luta a deixa tetraplégica, retirando por completo seu sonho de voltar aos ringues, e fazendo com que a protagonista peça a seu treinador que a ajude a encerrar seu sofrimento desligando seus aparelhos.

Katie Dallam não é citada em nenhum momento ao longo do filme, no entanto, sua história e a da película são sobrepostas. Katie nasceu no estado americano do Missouri e, aos 30 anos, entrou para o mundo do boxe como alternativa de realizar seus sonhos e melhorar de vida. No entanto, após ser atingida 199 vezes na cabeça pela sua oponente, Katie perdeu a consciência e por pouco não sobreviveu⁷.

Os danos permanentes causados em Katie tiveram sobre ela o mesmo impacto que a tetraplegia teve na personagem principal do filme. A depressão se tornou um problema recorrente e, no início do tratamento, ela frequentemente desejava estar morta, e pensava em suicídio das mais variadas maneiras. Mesmo estando definitivamente debilitada, Katie disse que o filme de certa forma lhe deu forças para continuar.

Sua história não teve o mesmo desdobramento que o do filme, onde a personagem principal consegue realizar o suicídio assistido e finalizar a vida no momento e da forma como deseja, mas levantou uma acalorada discussão acerca do tema, principalmente nos Estados Unidos, onde já são permitidas algumas formas de assistência à morte em alguns Estados.

O Segundo caso, mundialmente conhecido através do filme “Mar Adentro”, de 2004, narra a história do espanhol Ramón Sampedro Cameán, que após sofrer um acidente com apenas 25 anos de idade, ele quebrou a sétima vértebra cervical e ficou

⁷ Katie Dallam: Million Dollar Woman. Disponível em: www.independent.co.uk

tetraplégico. Ramón passou quase três décadas lutando na justiça para ter o direito de morrer da forma que considerava digna.

Ele se tornou uma figura importante na Espanha após defender publicamente o direito de morrer. No entanto, Ramón não era candidato à eutanásia propriamente dita, e sim do suicídio assistido, pois não era um paciente terminal, mas alguém que se negava a continuar vivendo em tais circunstâncias (SILVA, 2009, p.23).

Após sua longa batalha contra a legislação espanhola, Ramón foi encontrado morto em 1998, após ingerir cianureto, posto ao alcance de sua boca, em um copo com canudo que pudesse alcançá-lo. Ramón havia elaborado um plano em que houve a intervenção de muitas pessoas, porém sempre com o cuidado de que nenhuma delas realizasse nenhuma ação constitutiva do próprio delito que pudesse criminalizá-las (SILVA, 2009, p.19).

Leo Pessini faz uma inteligente reflexão acerca da temática e do filme “Mar Adentro” quando diz,

O paradoxo do caso Ramón, tal como vemos no filme, provém precisamente dessa dupla vertente: tem vida ativa do ponto de vista mental, vida criativa do ponto de vista literário (escreve poesias e até um livro sobre sua experiência) e uma imaginação que o situa para além da capacidade dos familiares. Mas mesmo assim quer morrer porque, segundo lhe parece, esta vida não é viver. A junção desses elementos é a razão para tornar a eutanásia sedutora, justificável e compreensível. O exemplo de Ramón demonstra que não se pode dizer que são apenas os abandonados e os que não recebem cuidados que desejam a eutanásia. Evidencia um caso de alguém bem cuidado, de tal maneira que não se pode criticar a família, mas mesmo assim deseja simplesmente morrer (PESSINI, 2008, p. 56-57).

Por fim, é relevante ilustrar como terceiro cenário o caso da médica brasileira Virgínia Helena Soares de Souza, que ficou conhecida como “Doutora Morte”, após ser acusada pelo Ministério Público do Paraná de ter antecipado a morte de pacientes que se encontravam internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital onde trabalhava.

Virgínia e outros funcionários subordinados à médica foram presos em 2013, acusados de anteciparem a morte de diversos pacientes que se encontravam internados na UTI do Hospital Evangélico de Curitiba, através de técnicas médicas, com o intuito de liberar leitos para a chegada de novos pacientes.

Em 2017, Virgínia foi inocentada pelo Tribunal de Justiça do Paraná, no entanto, em 2019 o mesmo tribunal aceitou novas denúncias do Ministério Público

contra a médica, que está sendo acusada novamente de homicídio qualificado pela morte de outros pacientes que estavam sob sua responsabilidade⁸.

Curioso é que o caso ganhou grande repercussão na mídia brasileira, que em alguns momentos e de forma equivocada, se utilizava do termo eutanásia para se referir aos atos supostamente praticados pela médica de Curitiba. Neste caso, não há dúvidas do quão errôneo se deu o uso do termo, pois não há que se em eutanásia se não existe a permissão, consciência e solicitação do paciente.

4.3 A EUTANÁSIA E O DIREITO DE MORRER EM OUTROS PAÍSES

Cada vez mais países europeus reconhecem aos seus cidadãos o direito de se morrer dignamente. A eutanásia passou a ser prática lícita na Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Colômbia e Canadá. Além disso, o suicídio assistido já encontra respaldo na legislação da Suíça e de alguns estados norte americanos.

4.3.1 Holanda

O primeiro país a permitir a eutanásia foi a Holanda no ano de 2002, onde foi criada uma comissão de controle, que determina legalmente que a pessoa tenha uma doença incurável e não existam perspectivas de melhorar. É condição que a pessoa esteja, na hora da morte, na plenitude das suas capacidades mentais. O recurso à eutanásia é permitido a partir dos 12 anos, se houver consentimento dos pais.

No entanto, em 2019, pediatras holandeses elaboraram um laudo pericial no qual se pronunciaram a favor de estender a opção da eutanásia para crianças “em casos muito excepcionais”, para evitar sofrimento insuportável em casos onde os cuidados paliativos não forem efetivos. O texto contou com apoio da maioria dos parlamentares holandeses⁹.

Os parlamentares holandeses também têm debatido a respeito de um projeto de lei que daria “direito” a pessoas com mais de 75 anos de idade de optarem pela

⁸ Virgínia Helena Soares de Souza. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/processos/nome/46038993/virginia-helena-soares-de-souza>

⁹ Holanda quer aprovar eutanásia para crianças em estado terminal. Disponível em: <https://blogdosaber.com.br/eutanasia-para-crianca-em-fase-terminal-na-holanda-tem-respaldo-da-maioria-do-parlamento/>

eutanásia, caso considerem que já viveram o suficiente, independente de estarem com algum tipo de enfermidade¹⁰.

4.3.2 Bélgica

A Bélgica se destaca neste cenário ao ser o segundo país onde a prática da eutanásia é legalizada, e que estendeu o procedimento para pessoas que sofrem de doenças mentais. Os dispositivos da lei belga conseguem abranger tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia propriamente dita, e estendem o direito para menores de idade, desde que o menor tenha total capacidade de discernimento e se enquadre em todas as exigências elencadas na lei.

São requisitos básicos para a prática da eutanásia na Bélgica:

- a) o médico deve informar ao paciente sobre sua condição, as opções terapêuticas possíveis, a viabilidade dos cuidados paliativos e suas implicações; b) o paciente deve emitir sua decisão de forma voluntária e razoável; c) o sofrimento físico ou mental deve ser inconteste e contínuo; d) o médico deve consultar outro profissional acerca do diagnóstico do paciente que corrobore a natureza grave e incurável da doença; e) o médico deve se certificar de que o paciente pôde discutir seu pedido com outras pessoas de seu interesse. (SÁ; DADALTO, 2018, p. 54).

A lei belga extensiva a crianças assenta-se sobre os mesmos pressupostos que a dos adultos, havendo assim critérios específicos a serem cumpridos: capacidade de discernimento; contexto de doença terminal ou incurável que levará à morte dentro de um curto período de tempo; pedido por escrito da criança; consentimento dos pais ou representante legal e responsabilidade do médico e disponibilização de apoio psicológico a todos os envolvidos (SILVA, NUNES, 2015, p.04).

4.3.3 Luxemburgo

O terceiro país europeu a despenalizar a eutanásia foi Luxemburgo que possui lei semelhante à Belga, contando com uma Comissão Nacional de Controle e Avaliação que analisa as solicitações dos pacientes por meio de um documento

¹⁰ Termination of Life on Request and Assisted Suicide. Disponível em: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl>

escrito, que permite que o paciente descreva as circunstâncias em que gostaria de submeter à morte assistida¹¹.

A lei da Eutanásia e do Suicídio Assistido, lançada em 16 de março de 2009, trata da eutanásia, do suicídio assistido, fala sobre os cuidados paliativos, disposições e suporte ao fim da vida e elenca quais condições devem ser adotadas para que o pedido seja legal em Luxemburgo.

4.3.4 Suíça

O ordenamento jurídico da Suíça leva à um estudo interessante do tema proposto. O artigo 115 do Código Penal Suíço enuncia que

aquele que, possuído por um motivo egoístico, tenha incitado uma pessoa ao suicídio, ou lhe tenha prestado assistência para cometer suicídio, será, se o suicídio for consumado ou tentado punido com uma pena privativa de liberdade de cinco anos no máximo, ou com pena pecuniária (SÁ; DADALTO, 2018, p. 160).

Cumprе esclarecer que, não existe no direito suíço diploma legal que regule propriamente o suicídio assistido, ficando condicionado ao diagnóstico e acompanhamento do médico, que é livre para decidir se deve ou não considerar tal ação. Isso faz com que muitos pacientes dentro e fora do país busquem por suas “casas de suicídio” como destino para concluir seu desejo final.

Um bom exemplo é a associação DIGNITAS – “Para viver com dignidade, para morrer com dignidade”¹² – que foi fundada no ano de 1998 com o objetivo de garantir uma morte com dignidade e permitir aconselhamento em relação a todas as questões de fim de vida, bem como dar acompanhamento aos paciente e familiares que optarem pela prática.

4.3.5 Espanha

Na Espanha foi criada a Associação Federal pelo Direito de Morrer Dignamente (DMD)¹³, fundada em 1984 para promover o direito de todos de dispor livremente de

¹¹ FIN DE VIE. Portail Santé, [2019]. Disponível em: <https://sante.public.lu/fr/droits>.

¹² DIGNITAS. Dignitas, 24 mar. 2021. Disponível em: <http://www.dignitas.ch>.

¹³ ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD), [2021]. Disponível em: <https://derechoamorir.org>.

seu corpo e de sua vida, e de escolher livre e legalmente a hora e os meios para acabar com isso, além de defender, de forma especial, o direito dos doentes terminais e irreversíveis de morrer sem sofrimento, se este for o seu desejo expresso.

Ao longo de 2020 foi processada a Lei Orgânica de Regulamentação da Eutanásia. Em 17 de dezembro ela foi aprovada por maioria absoluta no Congresso dos Deputados e, em 10 de março de 2021, o Senado aprovou a regra com várias emendas menores. Finalmente em 18 de março de 2021, o Plenário do Congresso ratificou o texto e aprovou definitivamente a lei, que foi publicada como ‘Lei Orgânica 3/2021.

A lei vai permitir que se beneficiem desse direito as pessoas com doença irreversível que tenham reiterado em ao menos quatro ocasiões o desejo de acabar com a vida, e com base nos relatórios médicos obrigatórios. A lei ressalta ainda que qualquer recusa profissional de saúde pode alegar “objeção de consciência” caso prefira se recusar a participar do procedimento, custeado pela Previdência Social¹⁴.

4.3.6 Portugal

Portugal pode se tornar o 4º país a legalizar a prática da Eutanásia. Em janeiro de 2021, o parlamento português aprovou uma lei que aceita a morte medicamente assistida. O projeto prevê que a eutanásia seja realizada somente em maiores de 18 anos, e define as condições em que a antecipação da morte poderão ocorrer: por decisão da própria pessoa, desde de que apresente lesão definitiva ou doença incurável e fatal, e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável¹⁵.

Caso o paciente não esteja mentalmente capaz de tomar tal decisão, ele não será enquadrado nos requisitos necessários. A prática também será permitida apenas para os cidadãos portugueses ou residentes legais e ainda necessita de sanção do presidente, mas já representa um avanço significativo no ordenamento jurídico do país.

¹⁴ Lei Orgânica 3/2021. Disponível em: <https://derechoamorir.org/eutanasia-espana>.

¹⁵ Parlamento de Portugal. Disponível em: <https://www.parlamento.pt>.

4.3.7 Canadá

No Canadá o termo legal para se referir aos procedimentos de eutanásia e suicídio assistido é conhecido como *Medical Assistance in Dying* (MAiD). O primeiro caso aconteceu em julho de 2016, sob o nome de “morte medicamente assistida” e foi o corolário de um processo de longos debates e discussões entre a sociedade, especialistas e juristas ao longo dos anos.

O Supremo Tribunal Canadense decidiu pela descriminalização da eutanásia se aplicada aos adultos mentalmente competentes com uma doença grave ou incurável em estado avançado de declínio irreversível. Dois médicos ou enfermeiros avaliam o pedido, que tem de ser testemunhado por mais de duas pessoas. Existe ainda uma lei sobre consentimento à prestação de cuidados de saúde que prevê o direito dos doentes de consentirem ou recusarem tratamentos médicos¹⁶.

4.3.8 Estados Unidos

Nos EUA, o debate acerca desse tema começou mais especificamente no ano de 1976, com o surgimento do “living will”, documento de validade jurídica que reconhece o direito de qualquer pessoa de registrar suas vontades prévias. E, nesse mesmo ano, a Suprema Corte do Estado de New Jersey aprovou o pedido de suspensão dos procedimentos médicos que mantinham viva a jovem Karen Ann Quinlan.

O documentário “Como morrer em Oregon” (*“How to Die in Oregon”*), de 2011, mostra o drama de pacientes em estágio terminal que optaram pelo suicídio assistido. Oregon se tornou o primeiro estado norte americano a legalizar a prática, por via de um referendo em 1994, passando então a ser legal que doentes terminais obtenham receita para uma dose letal de medicação que, caso ingerida, leva à morte.

Essa lei estabelece todos os critérios mínimos a serem atingidos para que uma pessoa possa ter acesso a tal prescrição e de todas as informações necessárias ao paciente. Qualquer indivíduo diagnosticado por dois médicos como tendo menos de

¹⁶ CANADÁ, Canada Health Act. Parlamento canadense. Disponível em: <http://www.laws-lois.justice.gc.ca/PDF>.

seis meses de vida pode solicitar, com amparo na lei, uma dose fatal de barbitúrico para encerrar a vida.¹⁷

Atualmente, os Estados norte-americanos do Oregon, Washington, Montana, Vermont, Califórnia, Colorado, D.C, Havaí e New Jersey são os que possuem legislações que permitem a prática do suicídio assistido (DADALTO, 2019, p.5).

4.3.9 América Latina

A legislação da Argentina deu um grande passo evolutivo ao aprovar a lei da morte digna, que permite ao paciente terminal em estado irreversível rejeitar tratamentos médicos que possam prolongar seu sofrimento. A lei estabelece o direito de aceitar ou rejeitar determinados tratamentos dando a palavra final ao paciente, que deve deixar por escrito uma autorização de suspensão destes cuidados.

Um familiar próximo do paciente também está habilitado a autorizar o tratamento, nos casos em que a pessoa hospitalizada não esteja consciente. A lei argentina determina que, se o paciente tiver uma doença irreversível, incurável ou terminal, tenha direito a recusar ser alimentado, hidratado, ou ressuscitado, bem como solicitar a suspensão de medidas de suporte à vida, se tais procedimentos causarem muito sofrimento ou não contribuírem à sua melhora¹⁸.

A Colômbia foi o primeiro país fora da Europa a tratar a eutanásia como ato lícito em 1997, fixando critérios objetivos para regulação da prática no que diz respeito à necessidade de diagnóstico de terminalidade e manifestação autônoma da vontade do paciente (DADALTO, 2019, p.4). Curioso é que é o único país a descriminalizar a eutanásia e manter a criminalização do suicídio assistido.

No Peru o parlamento discute um projeto de lei sobre a eutanásia. No pedido, o tribunal de Lima pede ao Ministério da Saúde que "respeite a decisão" de Ana Estrada Ugarte, de 44 anos, de colocar fim à vida sob assistência médica. Ana sofre de poliomielite incurável e degenerativa desde os 12 anos. Teve complicações a partir

¹⁷ Oregon's Death with Dignity Act. Disponível em: <https://www.oregon.gov>.

¹⁸ ARGENTINA. Derechos del paciente. [20--] Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/derechos-del-paciente>.

de 2015, tendo de permanecer acamada, precisando de ajuda em todas as atividades diárias¹⁹.

¹⁹ LA HISTORIA de personas en América Latina que buscan una muerte digna. El Tiempo, 6 mar. 2021. Disponível em: <https://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/asi-avanza-la-eutanasia-en-america-latina-571420>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os assuntos relacionados ao fim da vida despertam anseios e muitas discussões pois colocam em pauta a finitude do ser humano tal como suas crenças sobre o ato de morrer. Neste sentido, as questões e decisões que envolvem o final da vida bem como seus cuidados, abrangem dilemas e conflitos éticos e bioéticos, que impõem aos pacientes, familiares, cuidadores, profissionais de saúde e da área jurídica profundas reflexões acerca de como atuar diante de situações que ameaçam a continuidade da vida.

Uma dificuldade na implementação das ações voltadas para a realização de cuidados paliativos voltado ao fim de vida no Brasil é a ausência de legislação específica sobre o tema. Para se chegar a discussão sobre a eutanásia no Brasil, é necessário primeiramente discutir sobre a assistência que tais pacientes recebem, e voltar os olhos às necessidades dos mesmos.

É preciso mais maturidade, pois vive-se em um país com uma taxa populacional muito pequena que possui um real acesso aos cuidados paliativos e, colocar a eutanásia em pauta nesse momento seria talvez, abreviar a maturidade das pessoas e dos familiares que sofrem. É uma discussão histórica, social e cultural que precisa de um embasamento maior antes que se discuta de fato esse e outros graus do direito à morte digna.

Afinal, existem pacientes que não têm sequer embasamento para escolher qual o melhor tratamento para a sua enfermidade, são carentes em informações sobre qual a melhor escolha para o seu caso em particular, se vendo muita vezes acuados e forçados a aceitar aquilo que a medicina, a família ou a sociedade creem ser o melhor para si.

Seja na eutanásia ou em qualquer outra vertente que envolva o fim à vida, quem decide é o paciente. E só se pode falar em autonomia quando há esclarecimento. A questão da eutanásia é uma questão complexa que exige discussão, elucidação e conhecimento. E em um país onde é muito difícil se ter acesso a educação e a informações esclarecedoras que promovam o debate, o acesso a ser ouvido se torna a tarefa mais difícil.

O que é uma morte digna é opinião de quem morre, do que é dignidade para aquela pessoa que está em sofrimento, dentro de suas crenças. O que é dignidade

para um não é dignidade para outro. E se não há maturidade suficiente para se discutir a morte natural, que dirá uma morte requisitada, desejada.

No entanto, não se trata de ser a favor ou contra, e sim de respeitar a autonomia e o desejo daquele que busca e do profissional que opta por auxiliar aqueles que sofrem como um ato de solidariedade.

A discussão em torno do tema eutanásia, todavia, não pode ser realizada apenas a partir dos princípios e teorias. É necessário que se invoque juntamente com eles a vontade do paciente, manifestada no caso concreto, o que significa dizer que os princípios devem ser considerados juntos e harmonicamente, completando-se uns aos outros.

Por fim, cabe ressaltar que o presente trabalho não pretende apresentar respostas prontas e soluções distintas para algo tão complexo e singular, mas se dispõe a um maior esclarecimento e debate necessários, pois apesar de se mostrar um assunto cada vez mais relevante no mundo contemporâneo, o campo jurídico brasileiro ainda se mostra desprovido de maturidade acerca de tal temática.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Francisco. **Direito Civil: Introdução**. 6.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008
- ARGENTINA. **Derechos del paciente**. [2021] Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/derechos-del-paciente>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. **Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD)**, [2021]. Disponível em: <https://derechoamorir.org/>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- BARBOZA, Heloisa Helena. **Princípios da Bioética e do Biodireito**. São Paulo: Revista Bioética, v.8, 2000.
- BEAUCHAMP TL; CHILDRESS JF, **Principles of biomedical ethics**. Ney York: Oxford University, 1989.
- BÍBLIA DIGITAL. Disponível em: <https://www.bibliaon.com/>. Acesso em: 3 abr. 2021.
- BITTENCOURT, Lameira. **Eutanásia**. Dissertação para Concurso. São Paulo: Revista dos Tribunais, v.797, mar. 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 abr. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 21 abr. 2021.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 883/2020. Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional**. Brasília, Senado Federal, 2020. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141187>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- CABRAL, Érico de Pina. **A “autonomia” no direito privado**. Revista de Direito Privado. São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 19, p. 83-129, jul. 2004.
- CASTRO, Tamis Dalsenter Viveiros de. A função da cláusula de bons costumes no Direito Civil e a teoria tríplice da autonomia privada existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**. Belo Horizonte, v. 14, p. 99-125, out, 2017.
- CENTRO DE BIOÉTICA. **Entrevista com Volnei Garrafa**. Disponível em: <http://bioetica.org.br/?siteAcao=Destaques&id=124>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2217/18**. Brasília, 27 set. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Justiça valida Resolução 1805, que trata**

sobre ortotanásia. Brasília, 6 dez. 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/justica-valida-resolucao-1805-que-trata-sobre-ortotanasia/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/06.** Brasília, 9 nov. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 21 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995/2012.** Brasília, 9 ago. 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 21 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.173/2017.** Brasília, 23 nov. 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>. Acesso em: 21 abr. 2021.

COSTA, A. C.; MARTINS FILHO, I. G. S. (org.). **Encíclicas do Papa João Paulo II: o profeta do ano 2000.** São Paulo: LTr; 2003.

DADALTO, Luciana, AKIYAMA, Ana Beatriz Mayumi. **Impactos dos cuidados paliativos sobre a autonomia dos pacientes que optam pela morte medicamente assistida: uma análise a partir da experiência canadense.** Revista de Direito Médico e da Saúde, Brasília, n.22, dez. 2020.

DADALTO, Luciana. **Morte Digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim.** Pensar, Revista de Ciências Jurídicas. Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2019.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital.** 5. ed. São Paulo: Editora Foco, 2020.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

DIGNITAS. **Dignitas,** 24 mar. 2021. Disponível em: <http://www.dignitas.ch/?lang=en>. Acesso em: 21 abr. 2021.

DINIZ, Débora. **Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças.** Fórum, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1741-1748, ago. 2006.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro.** 35 ed. São Paulo: Saraiva. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito.** 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

ENCICLOPÉDIA DO HOLOCAUSTO. **O programa de eutanásia.** Unites States Holocaust Memorial Museum, 2019. Disponível em: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/euthanasia-program>. Acesso em: 3 abr. 2021.

FARIAS, Cristiano Chaves de. ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil. Volume IV** Salvador: Juspodivm, 2012.

FERNANDES, Tycho Brahe. **A reprodução assistida em face da bioética e do biodireito: aspectos do direito de família e do direito das sucessões.** Florianópolis: Diploma Legal, 2000. p. 42.

FIN DE VIE. **Portail Santé**, 2019. Disponível em: <https://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/index.html>. Acesso em: 21 abr. 2021.

GOLDIM, José Roberto. Bioética, Morte e Morrer. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, Ano XIV, n. 322, p. 28-30, jun. 2010.

GRACIA, Diego. **Pensar a Bioética: metas e desafios.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Loyola, 2010.

GUIMARÃES, Marcelo Ovidio Lopes. **Eutanásia: novas considerações penais.** São Paulo: Editora JH Mizuno, 2011.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes.** Lisboa: Edições 70, 1986.

LA HISTORIA de personas en América Latina que buscan una muerte digna. **El Tiempo**, 6 mar. 2021. Disponível em: <https://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/asi-avanza-la-eutanasia-en-america-latina-571420>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MARTIN, Leonard Michael. **Eutanásia e distanásia.** Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998.

MARTINEZ, Sérgio, BERSOT, Livia. **Análise crítica da proibição do suicídio assistido no Brasil.** Argumenta Journal Law. Paraná, n.23. p. 283-311.

MEIRELES, Rose Melo Vencelau. **Autonomia Privada e Dignidade Humana.** Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

MEIRELES, Rose Melo Vencelau. **Apontamentos sobre o papel da vontade nas situações jurídicas existenciais.** Revista Trimestral de Direito Civil, Rio de Janeiro, v. 25, jan. 2006.

MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. **Tratado de Direito Privado.** 2 ed. Campinas: Bookseller, 2000.

MOORE, Thomas, **A Utopia**, Martin Claret, Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, 2020.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Ampliando os direitos da personalidade.** 1ed. Rio de Janeiro: Renovar. 2010.

MORAES, Maria Celina Bodin de, CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros. **A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo.** Pensar. Fortaleza, v.19, n.3, p.779-818, set. 2014.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Direitos de personalidade e dados genéticos.** Escola Superior Don Helder Câmara, Belo Horizonte, 2010.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Relacionalidade e autonomia privada: o princípio da autonomia privada na pós-modernidade.** Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil – Vol. 1: Introdução ao Direito Civil – Teoria Geral do Direito Civil.** 33. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

PESSINI Leo, **A eutanásia na visão das grandes religiões mundiais (Budismo, Islamismo, Judaísmo e Cristianismo).** Revista Mundo Saúde, LILACS/Sec. Est. Saúde SP, 1999.

PESSINI, Leo. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** Revista Bioética, v. 4, n. 1, 2009.

PESSINI, Leo. **EUTANÁSIA: Por que abreviar a vida?** Coleção Bioética em Perspectiva. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas Atuais da Bioética,** São Paulo: Editora Loyola, 2002.

PESSINI, Leo; RICCI, Luiz Antônio Lopes. O que entender por Mistanásia? In: GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana (coord.). **Tratado Brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna.** São Paulo: Almedina, 2017.

PLATÃO. **A República.** Ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2014.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics: bridge to the future.** São Paulo: Loyola Edições, 2006.

PRATA, Henrique Moraes. **Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal.** Barueri, SP: Editora Manole, 2017.

PRATA, Henrique Moraes. **Enfermidade e Infinito: Direitos da Personalidade do Paciente Termina** (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

RAMPAZZO, Lino. **Bioética e Biodireito: uma resposta à manipulação da natureza e da manipulação humana.** Latin American Journal of Development. Curitiba, v.3, n.1, p. 260-272, jan.2021.

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; 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. 271-281.

SÁ, Maria de Fátima Freire de, DADALTO, Luciana. **Direito e Medicina: a morte nos tribunais.** São Paulo: Editora Foco, 2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire de, MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para Morrer: Eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos.** 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey Editora, 2015.

SÁ, Maria de Fátima Freire de, NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e**

Biodireito. 4. ed. Belo Horizonte: Del Rey Editora, 2018.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: O direito do paciente terminal**. Curitiba: Juruá, 2010.

SANTOS, Sandra Cristina Patrício dos. **Eutanásia e suicídio assistido: O direito e liberdade de escolha** (Dissertação de Mestrado em História Contemporânea e Estudos Internacionais). Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

SILVA, Felipa Martins, NUNES, Rui. **Caso Belga da eutanásia em crianças: solução ou problema?** Revista Bioética. V.23, 2015.

SILVA, Hélio Antônio Teófilo da. **O caso Ramón Sampedro: uma leitura Bioética**. São Paulo: Centro Universitário de São Camilo, 2009.

SILVA, Sônia Maria Teixeira da. Eutanásia. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 5, n. 48, 1 dez. 2000. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/1863>. Acesso em: 3 mar. 2021.

SOARES, André Marcelo Machado, PIÑEIRO, Walter Esteves. **Bioética e Biodireito: uma introdução**. 2 ed. São Paulo: Loyola Editora, 2006.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Autonomia existencial**. Revista Brasileira de Direito Civil, Belo Horizonte, V.16, 2018.

TEPEDINO, Gustavo. **A tutela da personalidade no ordenamento civil-constitucional brasileiro**. Temas de Direito Civil. 3 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

TEPEDINO, Gustavo. **Temas de Direito Civil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO – Portugal, 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 21 abr. 2021.

UNICEF. **Declaração Universal do Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 4 fev. 2021.

VELASQUEZ, Tomlyta Luz; SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de Souza. **Bioética e Biodireito: uma análise dos princípios bioéticos aplicados ao Biodireito**. Veritas, Revista de Filosofia da PUCRS. Porto Alegre, v.65, n.2, p. 1-10, mai. 2020.

VIEIRA, Marcelo de Mello, ASSIS, Bráulio Lopes de. **Autonomia privada e disposição do próprio corpo: apotemnofilia em debate**. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito. Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 43 – 58, jan. 2015.

VILLANOVA, Ricardo Royo. **Concepto y Definición de la eutanásia**. Zaragoza: La Academia, 1928.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **A Ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro**. Revista Bioética, 2008.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial**: Aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final da vida. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Paliative care**. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Acesso em: 5 abr.2021.