



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

BÁRBARA GOMES CAVALCANTE

**MORTE DIGNA: AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO UM
INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA INDIVIDUAL NO FINAL DA
VIDA**

FORTALEZA – CE

2022

BÁRBARA GOMES CAVALCANTE

MORTE DIGNA: AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO UM
INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA INDIVIDUAL NO FINAL DA VIDA

Monografia apresentada à Faculdade de
Direito da Universidade Federal do Ceará
(UFC), como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Correia
Chagas

FORTALEZA – CE

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C364m Cavalcante, Barbara.
MORTE DIGNA: AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO UM INSTRUMENTO
DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA INDIVIDUAL NO FINAL DA VIDA / Barbara Cavalcante. – 2022.
58 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito,
Curso de Direito, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Márcia Correia Chagas.

1. Morte digna, dignidade humana, autonomia, eutanásia. I. Título.

CDD 340

BÁRBARA GOMES CAVALCANTE

**MORTE DIGNA: AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO UM
INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA INDIVIDUAL NO FINAL DA
VIDA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Direito da Faculdade
de Direito da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial à obtenção do grau de
Bacharelado em Direito.

Aprovada em: 08/12 / 2022 .

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Correia Chagas (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Camilla Araújo Colares de Freitas
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Me. Vanessa de Lima Marques Santiago Sousa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Edmar dos Reis Cavalcante e Márcia Gomes Cavalcante, que sempre acreditaram que eu sou capaz de conquistar todos os meus objetivos e que nunca pouparam esforços para colocarem a educação dos filhos como prioridade inegociável, mesmo tendo que abdicar do próprio conforto diversas vezes. É um privilégio inenarrável ser filha deles.

Ao meu irmão, Lucas Ernesto Gomes Cavalcante, que, muitas vezes, assumiu papel de pai depois que saí da nossa cidade natal para junto dele e que esteve do meu lado nos melhores e nos piores momentos durante a jornada dessa graduação, sempre acreditando em mim e me estimulando a dar o meu melhor para conquistar meus objetivos. Devo a ele boa parcela do que sei e do quem sou, pois tenho nele minha maior inspiração de vida.

À minha cunhada, Tatyanna Rabelo Costa Cavalcante, que amo como irmã, pelo apoio e acolhimento inigualável, pelos conselhos, nem sempre tão bons, mas sempre bem intencionados, pela parceria em tudo e pela alegria matinal, que torna a rotina mais leve e engraçada.

Ao meu sobrinho, Davi, que tem de vida o tempo dessa graduação e que, sem saber, foi quem mais me estimulou a concluí-la. Davi, com sua personalidade tão forte, me faz querer ser uma pessoa melhor diariamente e, nos momentos mais sombrios, foi em quem encontrei a luz necessária para continuar em frente. Comemorar os pequenos grandes passos da evolução do Davi é combustível para enfrentar qualquer barreira. Enfim, sou profundamente feliz em ser tia de uma pessoa tão especial.

À minha avó, Maria Helena Gomes Pinto, minha maior inspiração feminina e símbolo de mulher empoderada desde muito antes de o movimento feminista ter o espaço e o reconhecimento que tem hoje. Sua força, fé e garra pra enfrentar as dificuldades da vida me motivam como mulher e como pessoa.

Aos meus amigos, Matheus Gama e Matheus Vinícius, pela parceria de vida e por tornar minha rotina mais leve, principalmente no período marcado pela pandemia do coronavírus. Além desses, aos que foram parceiros de graduação, que me acolheram e tiveram tamanha paciência comigo por cinco anos, Ana Carolina Pedroza, Mariane Neves, Beatriz Nascimento e Israel Lima.

A todos os professores que tanto contribuíram para minha formação e amadurecimento durante esses cinco anos. À professora Márcia, que tive a oportunidade de conhecer e admirar desde o início do curso e que agora, ao final, me acolheu tão bem como orientanda. À

professora Camila, que me proporcionou aulas excelentes no primeiro semestre, sempre com paciência e tranquilidade, e que aceitou prontamente o convite para compor minha banca. À Vanessa, que tanto me ajudou durante minha passagem pelo Núcleo de Prática Jurídica e que tenho o prazer de também ver compondo minha banca.

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica baseada em referências literárias brasileiras que tratam das problemáticas que permeiam a construção de um direito a uma morte digna e os principais institutos que a cercam, como a eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia e a ortotanásia. Com o objetivo de entender esse tema de forma ampla e objetiva, foram feitas elucidações acerca de importantes assuntos que perpassam a problemática que envolve a discussão do tema no Brasil, como autonomia, dignidade humana e consentimento esclarecido. Além disso, foram abordadas as alternativas buscadas nas situações em que se deseja ter o direito à autodeterminação individual respeitado mesmo quando não haja plena capacidade de manifestação em situação de final de vida. Tais alternativas foram exploradas por meio de documentos chamados de diretivas antecipadas de vontade e suas espécies. Também foi apresentada a questão da morte medicamente assistida em uma perspectiva mundial, tratando, brevemente, de todos os países onde ela é praticada e citando algumas peculiaridades que se destacam nesse contexto. Por fim, abordou-se a temática na perspectiva normativa nacional, trazendo as resoluções e os projetos de leis que versam sobre a temática e que se encontram em tramitação no Congresso Nacional. Em verdade, trata-se de uma matéria em constante evolução, que já se faz presente nas legislações de diversos países, como bem demonstrado no presente trabalho, e em documentários, filmes e livros, tornando fundamental que se amplie as discussões sobre o assunto em pauta em território brasileiro. Tal revisão bibliográfica se mostrou relevante para trazer à baila como o ordenamento jurídico brasileiro trata a situação de final de vida e quais são as possibilidades no território brasileiro bem como para ampliar a reflexão acerca de assunto, visto que a morte é um processo inerente de todo ser humano.

Palavras-chave: morte digna; eutanásia; autonomia; dignidade.

ABSTRACT

The present work consists of a bibliographic review based on Brazilian literary references that deal with the problems that permeate the construction of a right to a dignified death and the main institutes that surround it, such as euthanasia, assisted suicide, dysthanasia and orthothanasia. With the objective of understanding this theme in a broad and objective way, elucidations were made about important subjects that pervade the problem that involves the discussion of the theme in Brazil, such as autonomy, human dignity and informed consent. In addition, the alternatives sought in situations where one wishes to have the right to individual self-determination respected even when there is no full capacity for manifestation in an end-of-life situation were addressed. Such alternatives were explored through documents called advance directives of will and their species. The issue of medically assisted death from a global perspective was also presented, briefly addressing all the countries where it is practiced and citing some peculiarities that stand out in this context. Finally, the theme was approached from the national normative perspective, bringing the resolutions and bills that deal with the theme and that are being processed in the National Congress. In fact, it is a subject in constant evolution, which is already present in the legislation of several countries, as well demonstrated in the present work, and in documentaries, films and books, making it essential to expand the discussions on the subject in agenda in Brazilian territory. Such a bibliographical review proved to be relevant to bring up how the Brazilian legal system deals with the end of life situation and what are the possibilities in the Brazilian territory, as well as to broaden the reflection on the subject, since death is an inherent process of every human being.

Keywords: dignified death; euthanasia; autonomy; dignity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	12
2.1. Natureza jurídica do instituto Dignidade Humana	13
2.2. Conteúdo do instituto Dignidade Humana	15
2.3. Tutela do Estado sobre a vida humana	17
3. CONCEITUAÇÕES IMPORTANTES ACERCA DE ESCOLHAS DE FIM DE VIDA	19
3.1. Consentimento	19
3.2. Autonomia	21
4. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	22
4.1. Diretivas Antecipadas Psiquiátricas (DAP)	23
4.2. Diretivas Antecipadas para Demência	24
4.3. Plano de Parto	24
4.4. Ordens de Não Reanimação (ONR)	25
4.5. Recusa Terapêutica	25
4.6. Procuração para Cuidados de Saúde	26
4.7. Testamento Vital	26
5. ELUCIDAÇÕES ACERCA DE INSTITUTOS QUE TRATAM DA MORTE	29
5.1. Eutanásia	29
5.2. Suicídio assistido	33
5.3. Distanásia	35
5.4. Ortotanásia	40
6. BRAVE ANÁLISE DOS ORDENAMENTOS INTERNACIONAIS	44
6.1. Holanda	44
6.2. Bélgica	45
6.3. Luxemburgo	46
6.4. Suíça	46
6.5. Estados Unidos da América (EUA)	47
6.6. Colômbia	48
6.7. Canadá	49
6.8. Espanha	50

7. RESOLUÇÕES E PROJETOS DE LEI SOBRE O TEMA NO BRASIL	51
7.1. Resolução nº 1805/2006	51
7.2. Resolução nº 1995/2012	51
7.3. Projeto de Lei nº 149/2018	52
7.4. Projeto de Lei nº 883/2020	53
8. CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	57

1. INTRODUÇÃO

Os dois extremos da vida são, normalmente, marcados por sentimentos bem contrastantes. O nascimento geralmente é muito comemorado, festejado. Alegria a todos o início de uma nova vida, a família se mobiliza para amparar da melhor forma o pequeno ser que acabara de nascer, existe tanto a ser vivido, ensinado, aprendido e compartilhado. Diante disso, todos falam com naturalidade e leveza sobre o nascimento.

Entretanto, a certeza de quem nasce é uma só: a morte. Ainda assim, poucos se dispõem a falar sobre o fim da vida, um assunto quase sempre relegado ao segundo plano, encarado com morbidez, tristeza, pesar, relutância e distanciamento, o que empobrece substancialmente o diálogo e a preparação para esse momento tão importante e faz que ele, para muitas pessoas, seja solitário, triste e dolorido.

A morte, um processo natural da vida, hoje, com os avanços da ciência médica, pode ser bastante adiada. Todavia, essa postergação artificial do momento final nem sempre é acompanhada de qualidade de vida. Assim, criou-se uma realidade em que pessoas com doenças degenerativas avançadas ou em estágio terminal são mantidas vivas artificialmente e impedidas de completarem seus ciclos de vida, sobrevivendo em situações de intenso sofrimento, causado tanto pela doença em si como pelo exagero de tratamentos médicos que, em que pese não poderem curá-la, conseguem adiar a morte do paciente. Diante dessa realidade, a resistência social em discutir acerca do fim da vida dificulta a promoção da dignidade e da autodeterminação individual nesse momento tão significativo e pelo qual todos tem de passar.

Diante disso, a presente pesquisa de revisão bibliográfica visa a analisar a situação do tema morte digna no ordenamento brasileiro, elucidando questões importantes acerca dos institutos que permeiam o assunto, como dignidade humana, autonomia prospectiva e consentimento esclarecido. Além disso, a pesquisa visa também a demonstrar como o debate acerca do tema se desenvolve fora do Brasil, pontuando todos os países que, hoje, permitem o procedimento de morte medicamente assistida. Por fim, o trabalho também busca elucidar as possibilidades que se colocam diante de quem deseja ter o direito à autodeterminação individual respeitado, mesmo quando não haja plena capacidade de manifestação em situação de final de vida por meio de documentos chamados Diretivas Antecipadas de Vontade.

A atualidade da trabalho se relaciona com a necessidade de se debater a morte e as modalidades dos institutos que dela tratam e suas relações com os princípios da autonomia e

da dignidade humana e, além disso, de se analisar a morte e seu envolvimento com o direito para além de questões patrimoniais. A recente pandemia do coronavírus demonstrou o quão frágil é o ser humano diante da incerteza de acontecimentos inesperados. Por essa razão, a possibilidade de se descrever decisões sobre fim de vida, mesmo em condições de plena saúde, permite que o indivíduo tenha a segurança de que, mesmo próximo da morte e sem condições de manifestar sua vontade, sua autonomia será respeitada.

O trabalho apresenta, ainda, importância pelo caráter transdisciplinar, perpassando por termos e questões complexas do dia a dia médico. Além disso, existem questões constitucionais, cíveis e penais relativas à possibilidade de realizar diretivas antecipadas de vontade que assegurem uma morte digna, respeitadas as decisões do paciente.

Nesta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, fazendo uso de pesquisa bibliográfica, utilizando livros e artigos científicos como fonte de embasamento teórico. Para tanto, foi feita uma seleção de legislações, doutrinas, artigos científicos e resoluções para garantir um entendimento acerca do assunto morte digna de maneira holística. Posteriormente, foram organizadas os pontos mais relevantes que deveriam constar no trabalho para serem analisados de modo a proporcionar uma visão didática do assunto.

O trabalho, no primeiro capítulo, traz uma apresentação da concepção de dignidade humana, fazendo, além de um breve apanhado histórico, uma busca pela determinação da natureza jurídica e do conteúdo desse instituto tão relevante para o debate acerca dos momentos finais de vida. Além disso, no mesmo capítulo, são feitas considerações acerca da tutela do Estado sobre a vida e a complexidade da defesa do direito à vida. Para isso foram utilizados entendimentos e conceituações estabelecidas por importantes doutrinadores da seara constitucional, como Luiz Roberto Barroso e Gilmar Mendes.

No segundo capítulo, há um apanhado acerca da importância do consentimento livre e esclarecido, essencial para a tomada de decisões relativas ao momento de final de vida. Além disso, há ponderações acerca da autonomia que, para além das modalidades tradicionais, a da vontade e a privada, ganha uma nova vertente pela doutrina, a autonomia prospectiva, que se refere ao fato de o indivíduo tomar decisões que se aplicarão a si mesmo em momento futuro, no qual não se encontre em plena capacidade de expressar suas vontades. Para tanto, foi buscado embasamento no livro “Autonomia Para Morrer”, dos autores Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira, e no livro “Testamento Vital”, da autora Luciana Dadalto.

Após esse apanhado teórico de assuntos que permeiam o contexto tratado, o terceiro capítulo traz explicações sobre o que são as diretivas antecipadas de vontade, sua

origem e suas diversas espécies, quais sejam, diretivas antecipadas psiquiátricas, o plano de parto, as ordens de não reanimação, a recusa terapêutica, a procuração para cuidados de saúde e o testamento vital. Para tanto, foi utilizado também o livro supracitado da autora Luciana Dadalto.

O capítulo quatro, por sua vez, tem como foco fazer elucidações importantes acerca dos institutos que versam sobre a morte, como a eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia e a ortotanásia, diferenciando-os e mostrando suas peculiaridades. Além disso, o capítulo ainda traz informações sobre como cada um desses institutos é tratado no plano nacional, principalmente em âmbito disciplinar, mas também em seara jurídica. Para tanto, foram utilizados artigos científicos, principalmente os publicados no livro Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna, que é um compilado de artigos de profissionais médicos e juristas que discorrem profundamente acerca do tema e que tem como coordenadores nomes como Adriano Marteleto Godinho, George Salomão Leite e Luciana Dadalto.

O capítulo cinco traz, então, como os institutos de final de vida, trazidos no capítulo anterior, são tratados para além do Brasil, possibilitando uma visualização de realidades em que o debate acerca da morte está mais avançado do que no território brasileiro. Para isso, foram utilizados além das mesmas obras usadas para embasar o capítulo anterior, algumas publicações jornalísticas.

Finalmente, o capítulo seis demonstra quais são as disposições, tanto resoluções como projetos de lei em tramitação, que existem sobre a morte digna no Brasil, o que se faz importante para a verificação de como o assunto tende a evoluir dentro do território nacional. Aqui, utilizou-se resoluções do Conselho Federal de Medicina e projetos de leis em tramitação, disponíveis no site do Congresso Nacional.

A pesquisa termina, pois, ao criticar a histórica omissão legislativa acerca do tema, o que acarreta a limitação da autonomia dos indivíduos em situação de final de vida e, conseqüentemente, do pleno exercício de sua dignidade.

2. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A concepção que se tem hoje de dignidade é resultado de um longo processo de amadurecimento. Originariamente, na seara religiosa, o homem, feito à imagem e semelhança de Deus, já tinha um valor inquestionável. Posteriormente, em âmbito filosófico, na época do

Iluminismo, o homem é colocado como o “centro do mundo”, reafirmando sua natureza especial. Durante o século XX, a dignidade humana passa a constituir um objetivo político a ser constantemente perseguido pelos Estados e pela sociedade. Somente após a 2ª Grande Guerra, a dignidade começa a ser inserida na pauta jurídica tanto pela atenuação do positivismo normativista e consequente reaproximação entre o Direito e as filosofias moral e política, quanto pela sua inclusão em documentos internacionais e constituições de Estados democráticos. Daí em diante, esse instituto se tornou um dos grandes consensos éticos do mundo ocidental, mas aí surge um problema: a imprecisão conceitual que permeia o tema e o faz tão popular quanto incerto¹.

Apesar de amplamente utilizado em argumentações sobre diversos assuntos e de seu singular apelo moral e espiritual, a dignidade possui um conceito bastante vago. Evidentemente, não é bom que seja assim. Isso porque essa vagueza conceitual produz situações peculiares em que, a título de exemplo, ambos os lados de um litígio acerca de questões moralmente controvertidas invoquem o instituto, porque nele espelham sua imagem e seus valores. Essa realidade acarreta incoerências e dúvidas quanto a aplicação do instituto em tela. Além disso, há de se mencionar que a popularização do tema faz que ele, não raras as vezes, seja invocado para solucionar questões triviais, ocasionando a sua banalização.

Diante disso, faz-se necessário esforço intelectual capaz de determinar a natureza jurídica e o conteúdo da dignidade humana, tornando-a um instituto operacional e útil na resolução de casos difíceis.

2.1 Natureza Jurídica do instituto dignidade humana

Inicialmente, para se determinar a natureza jurídica da dignidade é preciso esclarecer, antes, a relevante classificação das normas jurídicas constitucionais em duas grandes espécies, quais sejam, as regras e os princípios.

Normalmente, para diferenciar essas duas espécies, é utilizado o critério da generalidade e abstração, dessa forma os princípios seriam as normas com um conteúdo mais aberto do que as regras e, em consequência disso, possuiriam o que Barroso² chama de

1BARROSO, L.R. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público, [s. l.], 11 dez. 2010. Disponível em: https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 2 nov. 2022.

2 Ibidem

virtudes multifuncionais, como a função argumentativa, a utilidade para descobrir a razão de ser de regras e de princípios menos amplos e, inclusive, a descoberta de novas normas³. Além disso, é comum a distinção das espécies quanto à aplicação: as regras têm uma aplicação imediata às situações que se enquadram no mandamento descrito no texto legal segundo a regra do “tudo ou nada”, assim, de acordo com a situação, ou uma regra é aplicada ou é afastada integralmente ao passo que os princípios precisam de uma mediação concretizadora, que pode ser do legislador, do juiz ou da própria administração. Tal necessidade se justifica porque os princípios, como bem explica Gilmar Mendes,

Não desencadeiam automaticamente as consequências jurídicas previstas no texto normativo pela só ocorrência da situação de fato que o texto descreve. Os princípios têm uma dimensão que as regras não possuem: a dimensão do peso. Os princípios podem interferir uns nos outros e, nesse caso, deve-se resolver o conflito levando-se em consideração o peso de cada um. Isso, admitidamente, não se faz por meio de critérios de mensuração exatos, mas segundo a indagação sobre quão importante é um princípio – ou qual o seu peso – numa dada situação.⁴

Desse modo, fica evidente que, enquanto um princípio pode ser cumprido em maior e menor escala, as regras somente podem ser cumpridas ou descumpridas.

É importante pontuar que a constituição pátria é composta por regras e princípios e é bom que assim o seja, pois um modelo feito apenas de regras, ainda que prestigiasse o valor da segurança jurídica, seria de limitada praticidade, porque, nesse caso, exigiria uma disciplina minuciosa de todas as situações relevantes, o que seria impossível de se fazer e, ainda que fosse possível, não haveria espaço para nenhum desenvolvimento de ordem social, o sistema constitucional seria fechado. Por outro lado, um sistema que congregasse apenas princípios seria extremamente ameaçador à segurança jurídica das relações, visto que os princípios pela sua abstração característica, abarcam um amplo espectro de interpretações.

Diante de todo o exposto, fica fácil enquadrar a dignidade humana como um princípio, visto que além de ter um conteúdo inquestionavelmente amplo, precisa de uma mediação concretizadora para que possa ser atendida em casos específicos.

Ratificando esse entendimento, esclarece Luís Roberto Barroso⁵ que

3 MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. Curso de direito constitucional. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

4 Ibidem

5 BARROSO, L. R. Curso de direito constitucional contemporâneo. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

A dignidade humana é um valor fundamental. Valores, sejam políticos ou morais, ingressam no mundo do Direito, assumindo, usualmente, a forma de princípios. A dignidade, portanto, é um princípio jurídico de status constitucional. Como valor e como princípio, a dignidade humana funciona tanto como justificação moral quanto como fundamento normativo para os direitos fundamentais. Na verdade, ela constitui parte do conteúdo dos direitos fundamentais.

Pode-se entender, então, que os princípios captam os valores políticos ou morais da comunidade e os tornam elementos próprios do discurso jurídico. Assim, após enquadrar o instituto em questão como um princípio, é, pois, momento de esclarecer o conteúdo dele, para que sejam evitados equívocos quanto a sua aplicação na realidade concreta.

2.2 Conteúdo do instituto dignidade humana

Luís Roberto Barroso⁶ estabelece, em sua obra *Curso de Direito Constitucional Contemporâneo*, que a primeira tarefa que se impõe ao analisar o conteúdo da ideia de dignidade é afastá-la das doutrinas abrangentes, isso porque essa matéria deve ser laica, neutra politicamente e universal. Somente atentos a tais características pode-se chegar a uma noção de dignidade aberta, plástica e plural.

Na mesma obra, o autor, ao sistematizar a dignidade humana, conclui que ela identifica alguns pontos importantes, quais sejam, (i) o valor intrínseco do ser humano, (ii) a autonomia de cada indivíduo e, ainda, (iii) que ela aceita restrições legítimas em nome de valores sociais ou de interesses estatais.

O valor intrínseco de cada ser humano é a origem do conceito de dignidade, é o que distingue o homem de todos os outros seres vivos e das coisas. É daí que surgem dois postulados de singular importância dentro dessa temática: o primeiro, antiutilitarista, é o imperativo categórico de Kant, ou seja, o homem tem um fim em si mesmo e não pode ser usado como meio para a realização de metas coletivas ou projetos de outros; o segundo, antiautoritário, é a ideia de que o Estado existe para o indivíduo, e não o contrário. Além desses postulados, esse valor intrínseco do ser humano também pode ser apontado como fonte de inúmeros direitos fundamentais dentro do nosso ordenamento, como o direito à vida, à igualdade, à integridade física, moral e psíquica.

No que diz respeito à autonomia, Barroso defende que é o elemento ético da dignidade, relacionado à razão e ao exercício da vontade em conformidade com uma série de

6 Ibidem

normas. Aqui, fala-se, principalmente, da capacidade de o indivíduo decidir os rumos da própria vida e desenvolver a sua personalidade da forma que bem entender, obviamente, desde que não ultrapasse os limites estabelecidos pela legislação. Em suma, nas palavras do autor, é "o poder de fazer valorações morais e escolhas existenciais sem imposições externas indevidas"⁷. Então, não se pode falar em dignidade humana em um contexto em que seja vedado ao indivíduo tomar as suas próprias decisões no que tange, por exemplo, a sua vida religiosa, afetiva e profissional.

Deslocando-se para o plano jurídico, a autonomia tem como pressuposto basilar ao seu exercício a satisfação do mínimo existencial, que corresponde ao conjunto de necessidades essenciais para a existência física e psíquica dos indivíduos, constituindo, assim, o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais. Além disso, ainda no mesmo plano, a autonomia assume duas faces: uma privada, que se relaciona às liberdades públicas e aos direitos individuais, e outra pública, que se refere aos direitos políticos e de participação no processo de tomada de decisões quanto à coisa pública.

Enfim, quanto às limitações da dignidade em nome de valores sociais ou interesses do Estado, pode-se dizer que se está diante de seu valor comunitário, que se coloca, segundo Barroso⁸, como elemento social da dignidade humana, o indivíduo em relação ao grupo. Por essa perspectiva, a dignidade vai ser moldada de acordo com os valores compartilhados por cada comunidade, seus padrões e seus ideais, afinal, apesar da grande importância que tem a autonomia individual, ela não pode ser ilimitada, mas deve ceder em certas circunstâncias. Dessa forma, esse valor comunitário da dignidade, tem como escopo promover a proteção dos direitos de terceiros, a proteção dos valores sociais, e a proteção do indivíduo contra si próprio, neste último domínio inserem-se questões controvertidas, tais como suicídio assistido e eutanásia, assuntos que serão tratados, no presente trabalho, de maneira aprofundada.

Diante desse apanhado teórico acerca da Dignidade Humana, é evidente que tal princípio impõe-se como núcleo básico e informador de todo o ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional. É por isso que, segundo Paulo Bonavides⁹, “nenhum princípio é mais valioso para compendiar a unidade material da Constituição que o princípio da dignidade da pessoa humana”.

7 Ibidem

8 Ibidem

9 GODINHO, A.M.; LEITE, G.S.; DADALTO, Luciana (coord.). Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. [S. l.: s. n.], 2017.

Para contemplar, então, a dignidade humana, foi preciso positivizar no ordenamento jurídico pátrio direitos fundamentais, como o direito à liberdade, à igualdade, à segurança, à cultura e, dentre outros, à vida. Este último, entendido, evidentemente, como um pressuposto para o exercício de todos os outros direitos, é tutelado pelo Estado logo no caput do art. 5º da Constituição de 1988 ao considerar a “inviolabilidade do direito à vida”.

2.3 Tutela do Estado sobre a vida humana

Diante da tamanha relevância que ganhou o ser humano no plano jurídico, como já demonstrado, entendeu o legislador que a vida humana deve também de tutela do Estado. Ora, se é um dos principais objetivos do Estado promover a dignidade da pessoa humana e a vida é um pressuposto para o exercício de todos os outros direitos fundamentais, é intuitivo pensar que o Estado deve proteger a vida humana a todo custo. Sobre essa temática, dispõe Carlos Roberto Gonçalves que

A vida humana é o bem supremo. Preexiste ao direito e deve ser respeitada por todos. É bem jurídico fundamental, uma vez que se constitui na origem e no suporte dos demais direitos. Sua extinção põe fim à condição de ser humano e a todas as manifestações jurídicas que se apoiam nessa condição.¹⁰

Entretanto, esse assunto requer uma reflexão aprofundada com o escopo de se verificar qual a situação de vida que o Estado deve proteger, visto que apesar de ela ser um pressuposto para a dignidade, o contrário não é verdade, ou seja, apesar de não haver dignidade sem vida, por óbvio existe vida sem dignidade e, se cabe ao Estado preservar a primeira, não o pode fazer dissociada da segunda, sob pena de gerar situações moralmente inaceitáveis nas quais seres humanos são impedidos de completarem seus ciclos de vida simplesmente para atenderem os mandamentos de um ordenamento jurídico carente de uma interpretação holística. Fica evidente, pois, que não se pode ignorar a transversalidade do direito aqui abordado, o qual perpassa diversos outros domínios, como saúde, meio ambiente equilibrado e mínimo existencial.

Por essa perspectiva, apesar do peso moral e ético do direito à vida no ordenamento jurídico, não se pode interpretá-lo unicamente a partir do seu critério biológico, de manter um indivíduo em autoatividade funcional, em detrimento do seu critério biográfico, ou seja, qualitativo. Isso porque não deve jamais interessar ao Estado preservar uma situação

10 GONÇALVES, C. R. Direito civil brasileiro. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

de indignidade. Portanto, deve-se, necessariamente, entender o direito à vida de forma abrangente, ou seja, o direito de viver plenamente e com dignidade, afinal, sem esta última, a busca pelo primeiro perde a razão de ser.

No plano constitucional, o direito à vida vem “estampado” no caput do art. 5º, que dispõe que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. A doutrina, por sua vez, enquadra o direito à vida na categoria dos chamados direitos de personalidade. Segundo Gonçalves, tais direitos nasceram fundados na ideia de que

A par dos direitos economicamente apreciáveis, destacáveis da pessoa de seu titular, como a propriedade ou o crédito contra um devedor, outros há, não menos valiosos e merecedores da proteção da ordem jurídica, inerentes à pessoa humana e a ela ligados de maneira perpétua e permanente. São os direitos da personalidade, cuja existência tem sido proclamada pelo direito natural, destacando-se, dentre outros, o direito à vida, à liberdade, ao nome, ao próprio corpo, à imagem e à honra.¹¹

Consta assentar, ainda, que a legislação concede proteção diferenciada a essa categoria de direitos, considerando-os intransmissíveis, irrenunciáveis, absolutos, ilimitados, imprescritíveis, impenhoráveis, inexpropriáveis e vitalícios. Apesar de tamanha proteção, é certo que alguns atributos de personalidade admitem cessão, como a imagem, que pode ser explorada comercialmente, mediante retribuição pecuniária, demonstrando que a indisponibilidade dos direitos de personalidade não é absoluta, mas relativa. Nessa esteira, no entender de Paulo José da Costa Júnior¹² o critério norteador para a disposição de tais bens da personalidade tem de ser o do balanceamento de bens e interesses: de maneira que o bem-interesse sacrificado deverá encerrar menos valor que o bem-interesse salvo, ou seja, há situações em que o valor objetivo da vida humana deve ser conciliado com o conjunto de liberdades básicas que decorrem da dignidade humana e da autonomia da vontade de cada um.

Por esse viés, Carmen Lúcia Antunes sintetiza esse panorama ao afirmar que

O direito à existência digna abrange o direito de viver com dignidade, de ter todas as condições para uma vida que se possa experimentar segundo os próprios ideais e vocação, de não ter a vida atingida por comportamentos públicos ou privados, de fazer as opções na vida que melhor assegurem à pessoa a sua realização plena. O

11 Ibidem

12MATIAS, A.G. A EUTANÁSIA E O DIREITO À MORTE DIGNA À LUZ DA CONSTITUIÇÃO. 2004. TCC (Bacharelado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, [S. l.], 2004. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41190/M339.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 out. 2022.

direito de viver é também o direito de ser: ser o que melhor pareça à pessoa a sua escolha para a vida.¹³

Dessa forma, fica clara a complexidade do debate acerca do direito à vida, motivo pelo qual o tema não pode ser tratado com superficialidade ou negligência, sob pena de se defender a manutenção de situações reprováveis e, por vezes, cruéis. A título de exemplo dessas situações, tem-se pacientes de doenças em estágio terminal que vivem em intenso sofrimento, chegando a ansiar pela morte, e que serão impedidos de completarem seus ciclos de vida em decorrência de uma busca incessante pela manutenção da vida a todo custo. Esses pacientes em final de vida e as abordagens médicas possíveis de serem realizadas serão objeto de estudo deste trabalho em momento oportuno.

Nesse contexto, portanto, o choque entre a defesa do direito à vida e a proteção da dignidade humana perpassa também as questões acerca da autonomia do paciente e da necessidade de seu consentimento para que se proceda a algum tratamento. Estes são temas que se fazem essenciais dentro do objetivo de aprofundar a reflexão acerca do direito a morte digna.

3. CONCEITUAÇÕES IMPORTANTES ACERCA DE ESCOLHAS DE FIM DE VIDA

Dentro do objetivo desse trabalho, é imprescindível conceituar termos como consentimento e autonomia para que seja possível uma compreensão plena de assuntos que serão tratados posteriormente, tais quais as diretivas antecipadas de vontade e os institutos que versam sobre os momentos de fim de vida, que serão detalhados em momento oportuno.

3.1. Consentimento

Pode-se dizer, em linhas gerais, que o consentimento é a expressão da manifestação da vontade do indivíduo, motivo pelo qual, principalmente no âmbito do Direito Privado, os conceitos de consentimento e autonomia são tratados em conjunto. Essa abordagem se mostra plausível, uma vez que a autonomia pressupõe uma vontade livre.

13 Ibidem

Quando se considera o contexto de pacientes em final de vida decidindo acerca de tratamentos e abordagens médicas que se aplicarão a ele mesmo, interessa o consentimento livre e esclarecido. Essa espécie do gênero consentimento pressupõe que o indivíduo seja autônomo e tenha o esclarecimento necessário e suficiente para decidir acerca da realização de algum negócio jurídico. Detalhadamente, então, a liberdade em questão se refere a um consentimento independente de pressões externas de terceiros, ao passo que o esclarecimento se refere ao direito de o paciente compreender efetivamente o seu quadro clínico antes de concordar com algum tratamento ou abordagem médica que venha a ser aplicada a ele.

É importante, aqui, ressaltar a diferença entre informação e esclarecimento, para que tais conceitos não sejam confundidos e utilizados de maneira equivocada no contexto aqui tratado. Assim, enquanto a informação é a exposição de dados, o esclarecimento pressupõe um diálogo entre o médico e o paciente. É como se a informação fosse apenas a introdução necessária para estabelecer o diálogo que culmina na compreensão do paciente. É por esse motivo que, apesar da grande importância que tem a informação numa situação de decisão em momento de fim de vida, ela não basta, precisando ser plenamente entendida e compreendida pelo paciente, para que, então, embasado acerca de sua real situação e fundado em suas crenças e valores, decida acerca do seu próprio tratamento.

Ademais, no próprio Código de Ética Médica consta, no art. 34, que é vedado ao médico

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.¹⁴

Fica cristalina, assim, a valorização do diálogo médico-paciente pelo Código com o objetivo de proporcionar um entendimento pleno dos procedimentos ou condutas disponíveis e suas respectivas consequências pelo paciente, para que, assim, ele possa exercer de modo efetivo a sua autonomia. Sobre a relação médico-paciente, Luciana Dadalto, citando Sánchez, afirma que

O consentimento livre e esclarecido na relação médico-paciente é resultado da conversão do paciente em sujeito ativo, em ser autônomo capaz de decidir sobre questões que lhe concernem diretamente. Assim, ele deve conhecer sua real situação,

14 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. [S. l.], 27 set. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.

ser adequadamente informado e prestar seu consentimento antes de qualquer intervenção.¹⁵

Portanto, é evidente a mudança de papel do paciente e o quanto isso é salutar e necessário para o exercício da autonomia, tão valorizada pelo ordenamento jurídico dos países ocidentais.

3.2. Autonomia

No que diz respeito ao exercício da autonomia em situações de fim de vida, um dos problemas mais recorrentes é quanto aos que não conseguem exprimir suas vontades e preferências nessa circunstância, como pessoas que estão em estado vegetativo e em coma. Considerando essa problemática, faz-se essencial tratar da autonomia prospectiva como uma forma de resolver essa problemática.

A autonomia, então, em linhas gerais se trata da norma que o indivíduo estabelece para si mesmo, estando, assim, atrelada tanto à subjetividade de cada um quanto aos aspectos sociais, culturais e religiosos da comunidade na qual o sujeito se encontra inserido.

Geralmente, a autonomia é apresentada em duas vertentes: a privada e a da vontade. Enquanto a autonomia privada está ligada à manifestação da vontade objetiva, como fonte de efeitos jurídicos, a autonomia da vontade está ligada a uma vontade psicológica dos sujeitos, causa dos efeitos jurídicos.

Para além dessas duas vertentes da autonomia, a doutrina, visando precipuamente as situações existenciais, criou a autonomia em sua vertente prospectiva¹⁶, que é justamente o indivíduo plenamente capaz, no presente, podendo se autodeterminar para o futuro, possibilitando o exercício prospectivo da autonomia. Assim, pode-se dizer que a principal diferença entre essa modalidade de autonomia e o consentimento é que enquanto o consentimento é a manifestação atual de vontade do paciente, tendo eficácia autorizativa no momento presente, na autonomia prospectiva a manifestação de vontade não é eficaz e vinculativa enquanto o outorgante se encontra em situação de plena capacidade para consentir a intervenção médica.

15DADALTO, Luciana. Testamento Vital. [S. l.: s. n.], 2022. E-book.

16Ibidem

É justamente sob a ótica da autonomia prospectiva que surgem as diretivas antecipadas de vontade que, a grosso modo, são documentos que manifestam a vontade do indivíduo para serem utilizados em situações nas quais ele não tenha mais plena capacidade para consentir, os quais serão abordados no próximo capítulo.

4. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

No Brasil é bem comum a confusão que se faz entre os institutos das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e do Testamento Vital, sendo muitas vezes utilizados como se sinônimos fossem. A distinção entre esses institutos foi feita pela Patient Self-Determination Act (PSDA), a primeira lei federal americana a reconhecer a autodeterminação do paciente. Essa lei estabelece as diretivas antecipadas como gênero de documentos de manifestação de vontade para tratamento médico, o qual tem como espécies o *living will*, chamado no Brasil de testamento vital, e *durable power of attorney for health care*, aqui chamado de procuração para cuidados de saúde.¹⁷

Tradicionalmente, as DAV não tratam apenas de vontades de fim de vida, mas são documentos de manifestação de vontade prévia que terão efeito caso o paciente não consiga manifestar livre e autonomamente a sua vontade de modo geral, independente de ser considerada uma situação de final de vida. No entanto, o projeto de lei em tramitação no Brasil que visa a regulamentar o tema limita o instituto às situações de fim de vida, o que se mostra como uma limitação à autonomia do paciente em momentos outros.

As DAV são, de fato, documentos que trazem inúmeras vantagens, Gonzáles¹⁸ elencou algumas delas, como a redução do medo do paciente durante procedimentos, o aumento da autoestima do paciente, a melhora da comunicação e da confiança para com o médico, a proteção jurídica do médico contra reclamações e denúncias, a orientação do médico diante de situações difíceis e conflituosas, o alívio moral dos familiares diante de situações duvidosas e, por fim, a economia dos recursos da saúde. Dessa forma, fica clara a importância do instituto para o cotidiano médico, uma vez que impacta profundamente na relação com o paciente, tornando-a mais sólida e cooperativa, uma vez que o paciente se sinta mais respeitado e o médico mais resguardado juridicamente. Ademais, ao citar tais vantagens, o autor externaliza a importância das DAV como instrumento de respeito à dignidade e à

¹⁷DADALTO, Luciana. Testamento Vital. [S. l.: s. n.], 2022. E-book.

¹⁸ Ibidem

autodeterminação dos enfermos, uma vez que é uma garantia de conseguir expor suas preferências em momentos determinantes para si mesmo. Por fim, não há como esquecer do caráter econômico do instituto, pois, apesar de a vida humana não possuir um valor economicamente apreciável, é de suma importância que no âmbito da gestão de saúde se busque equilibrar e conformar o interesse privado ao interesse público.

Dentro do contexto das diretivas antecipadas de vontade, para um detalhamento maior do tema, faz-se importante uma rápida abordagem das suas espécies, quais sejam as diretivas antecipadas psiquiátricas, o plano de parto, as ordens de não reanimação, a recusa terapêutica, a procuração para cuidados de saúde e o testamento vital.

4.1. Diretivas Antecipadas Psiquiátricas (DAP)

As diretivas antecipadas psiquiátricas são fruto de uma construção da sociedade norte-americana, que deu origem ao documento por meio do qual os pacientes psiquiátricos externalizam suas vontades e preferências a serem observadas em qualquer período em que estejam com capacidade decisória comprometida, não necessariamente em situações de fim de vida. As DAP seguem o modelo estabelecido na lei federal americana *Patient Self-Determination Act* (PSDA), contendo a manifestação de vontade do indivíduo, as instruções para tratamento e a nomeação de um procurador.

Luciana Dadalto, em seu livro intitulado *Testamento Vital*, esclarece o seguinte sobre essa espécie de DAV:

Estudos demonstram que as DAP são comumente usadas para instruções sobre medicações psicotrópicas, terapia eletroconvulsiva e internações hospitalares. O primeiro estudo a sistematizar o conteúdo e a utilidade clínica das DAP evidenciou que os pacientes reconheciam a importância de serem tratados com psicotrópicos e, eventualmente, com eletroconvulsoterapia. Evidenciou ainda que 81% dos pacientes desejam que, em caso de internação, seja feito contato com seus familiares. A metade dos participantes especificou uma pessoa para tomar conta de sua vida financeira, de seus dependentes e de seus animais de estimação. 42% das pessoas manifestaram suas preferências alimentares. A maior parte dos pacientes psiquiátricos mostra-se disposta a elaborar uma diretiva antecipada de vontade psiquiátrica quando são apresentados aos seus conceitos, experimentando maior sensação de empoderamento, autodeterminação e autonomia.¹⁹

Essas informações corroboram a ideia das vantagens elencadas por Gonzáles e demonstram que esse instrumento tem muito a acrescentar na vida dos pacientes psiquiátricos,

¹⁹DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. [S. l.: s. n.], 2022. E-book.

visto que faz eles se sentirem respeitados inclusive em momentos em que estejam com capacidade reduzida.

Apesar da importância do instituto, vale ressaltar que no Brasil não há estudos realizados com o fito de implantá-lo, o que demonstra atraso legislativo, mas também um grande potencial de evolução do tema em nosso país.

4.2. Diretivas antecipadas para demência

As diretivas antecipadas para demência constituem uma espécie bem recente de DAV. Foi em 2017 que o geriatra norte-americano Barak Gaste²⁰r publicou um ensaio numa renomada revista no qual defende a autonomia do documento e que, portanto, ele deve ser retirado do testamento vital e ser tratado como documento diferente e específico. Na publicação, o autor justifica o documento em questão afirmando que no modelo clássico de diretivas antecipadas o paciente se autodetermina, sem interferências de familiares ou amigos, mas que, como a demência gera um claro impacto na vida de terceiros, que vão precisar conviver com o paciente, faz-se essencial a presença e manifestação de todos.

Apesar da importância do tema, por ser uma construção muito recente, não há tantos estudos acerca dele nos Estados Unidos. No Brasil, vale dizer, assim como as DAP, não há, ainda, discussões relevantes acerca do documento em questão.

4.3. Plano de parto

O plano de parto é o documento no qual a gestante estabelece vontade e preferências acerca dos cuidados e procedimentos que deseja ou não no momento do parto, como o procedimento de episiotomia e a manobra de kristeller²¹. Diante da relevância do tema, o documento já vem sendo classificado na literatura norte-americana como uma espécie autônoma de diretiva, à semelhança do testamento vital. Segundo Nadia Sawicki, citada por Luciana Dadalto em seu livro, o plano de parto e o testamento vital são institutos que se assemelham, pois ambos

20Ibidem

21 “Esta técnica caracteriza-se pela aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de o encurtar, todavia existe a possibilidade de danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo”

SOUZA LIMA, Vitória d. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*, [s. l.], 5 abr. 2021. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/27710/21918?__cf_chl_tk=yhy_DzAj7sVa.s.7Hr2gneP9VmphiT5doQDxBwvwtJQ-1670116589-0-gaNycGzNCOU. Acesso em: 27 nov. 2022.

desenvolveram-se como uma resposta a práticas médicas intervencionistas de rotina, mas muitas vezes indesejáveis. Ambos os documentos são usados para garantir que os prestadores de cuidados compreendam os valores e as preferências do paciente. Ambos são usados para garantir que as escolhas autônomas do paciente sejam respeitadas em um momento em que o paciente, que pode ser incapaz de comunicar claramente suas preferências, está passando por um processo biológico irreversível de grande significado pessoal e cultural.²²

Por esse viés, o plano de parto se mostra como uma segurança para a gestante, pois garante que tanto médico como familiares saibam as suas preferências e, assim, possam respeitá-las em momento oportuno. Apesar da relevância desse documento, no Brasil ainda não há estudos aprofundados sobre ele.

4.4. Ordens de não reanimação (ONR)

As ordens de não reanimação surgiram da década de 1970, nos EUA, quando começou a se noticiar o surgimento de comunicação nos hospitais acerca de preferência por não reanimação de alguns pacientes, notadamente os que possuíam em idade bem avançada e com comorbidades que não lhe possibilitariam uma recuperação considerável. Em 1974, então, a Associação Médica Americana propôs que as ONR fossem documentadas no próprio prontuário do paciente, prática que logo se tornou comum nos hospitais norte-americanos.

No Brasil, não há resolução específica sobre o tema, o que gera insegurança jurídica, assim, é de suma importância que o Conselho Federal de Medicina preencha essa lacuna normativa, para possibilitar que os pacientes manifestem suas vontades e que os profissionais de saúde tenham segurança para cumpri-las.

4.5. Recusa terapêutica

As diretivas de recusa terapêutica são produto de uma cultura autonomista e é amplamente aceita nos EUA e na Europa. O documento, a grosso modo, dispõe sobre a preferência de o paciente em não prosseguir com um determinado tratamento médico, normalmente por considerar que as consequências danosas geradas pelo mesmo não superam seus benefícios. A título de exemplo, um paciente com câncer, a depender do estágio da doença, pode julgar que as consequências danosas do procedimento de quimioterapia não superam seus benefícios.

²²DADALTO, Luciana. Testamento Vital. [S. l.: s. n.], 2022. E-book.

Como já abordado, a autonomia é abarcada pelos direitos de personalidade, considerados como um conjunto de direitos titularizados por qualquer pessoa pela simples condição de ser humana, tendo por objetivo a proteção de valores inerentes à sua personalidade. No plano ético nacional, o Código de Ética Médica veda ao médico deixar de respeitar a vontade do paciente, demonstrando valorização da autonomia do enfermo.

4.6. procuração para cuidados de saúde

Também chamado de mandato duradouro, a procuração para cuidados de saúde é um documento no qual o paciente nomeia um ou mais procuradores que devem ser consultados caso o paciente esteja em uma situação de limitada capacidade de decisão. Importante ressaltar que o procurador terá como base a vontade do paciente.

Essa espécie de diretiva teve origem nos EUA, na década de 1970²³ e foi positivada também na PSDA. Uma das principais vantagens desse documento é minorar as incertezas em relação a quem tem o poder de decisão na falta de capacidade do paciente para decidir por si mesmo aliada à manutenção do respeito às vontades do mesmo, uma vez que o procurador, pressupõe-se, sabe quais as linhas de cuidados e abordagens desejadas pelo paciente.

4.7. Testamento vital

O testamento vital é um documento produzido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, que dispõe sobre os cuidados, os tratamentos e os procedimentos a que deseja ou não ser submetida quando estiver em uma situação na qual não possa decidir e acometida por uma doença que ameace a sua vida, fora de possibilidades terapêuticas. Desse modo, o documento necessariamente deverá ser escrito por pessoa com discernimento e será eficaz somente em situações de irreversibilidade do quadro clínico em que não há a possibilidade de o paciente exprimir a sua vontade.

Nesse contexto, faz-se importante ratificar que um paciente em estado terminal deve receber toda a assistência voltada a amenizar seu sofrimento e com o escopo de promover a sua qualidade de vida, abordagem característica dos cuidados paliativos, evitando ou suspendendo os chamados tratamentos fúteis, que têm como objetivo prolongar a vida sem,

23 Ibidem

no entanto, curar a doença que acomete o paciente. Assim, no âmbito do testamento vital, os tratamentos fúteis têm de ser objeto de recusa expressa, se essa for a vontade do outorgante.

O testamento vital conta com dois objetivos principais: o primeiro é garantir ao paciente que sua vontade será atendida no momento de terminalidade de vida; o segundo é dar ao médico um respaldo legal para a tomada de decisões em situações conflitivas.

No que diz respeito ao conteúdo, Luciana Dadalto²⁴ esclarece em seu livro, *Testamento Vital*, três pontos que a doutrina estrangeira considera fundamentais: o primeiro são os aspectos relacionados ao tratamento médico em si, podendo incluir, por exemplo, a suspensão do esforço terapêutico, a manifestação antecipada do desejo ou não de ser informado acerca de diagnósticos fatais, a utilização ou não de máquinas e as previsões relativas às intervenções médicas que não deseja receber; o segundo é a nomeação de um procurador para decisões relativas ao tratamento e intervenções médicas; e o terceiro é a manifestação sobre eventual doação de órgãos.

É importante frisar que a doutrina reconhece limitações aos desejos e preferências contidos no testamento vital, quais sejam, a objeção de consciência do médico, a proibição de disposições contrárias ao ordenamento jurídico e disposições que sejam contraindicadas à patologia que acomete o paciente ou tratamentos que já estejam superados pela Medicina.

A objeção de consciência do médico também é regulamentada pela resolução do Conselho Federal de Medicina de número 2.232/2019²⁵, definindo, em seu art. 8º, que

Art. 8º Objeção de consciência é o direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Dessa forma, o médico pode recusar-se legitimamente a proceder com alguma vontade do paciente, desde que esteja balizado por questões éticas, morais, religiosas, ou qualquer outra razão de foro íntimo, ou seja, faz-se necessária a justificativa do médico para embasar a recusa em cumprir a disposição de vontade do paciente, que, então, será encaminhado à assistência de outro médico.

No que diz respeito à proibição das disposições contrárias ao ordenamento jurídico, a principal questão é a preferência pela eutanásia, que como já discutido, é proibida aqui e na maior parte dos países ocidentais.

24 Ibidem

25 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.232. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. [S. l.], 16 set. 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 29 nov. 2022.

Finalmente, a limitação relativa às disposições contraindicadas à patologia do paciente e os tratamentos médicos já superados se faz importante pelo fato de que é possível que haja um lapso temporal considerável entre a feitura do testamento vital e a necessidade de utilizá-lo. Nessa situação, considerando que a medicina avança a passos largos, algum tratamento que antes era considerado um tratamento fútil, ou obstinação terapêutica²⁶, posteriormente pode não mais o ser, fazendo-se importante e necessário ao melhor interesse do paciente, assim a análise é feita casuisticamente pela equipe médica.

Além disso, é necessário frisar a importância de um testamento vital bem elaborado, tratando das vontades do indivíduo com atenção e detalhamento, pois

Estudos recentes, feitos em diferentes países, demonstram que quanto mais específico for o documento, maiores as chances de as vontades dos pacientes serem cumpridas. Consequentemente, quanto mais vagos e genéricos, menores as chances de respeito à real vontade do paciente. Portanto, [...] é preciso continuar educando as pessoas a serem as mais específicas possíveis na documentação de suas vontades.²⁷

Assim, fica claro que esse documento não pode ser elaborado de maneira improvisada ou superficial, vez que trata de um importante e difícil momento que pode ser vivido pelo autor, que, para ter sua autonomia e, em última instância, sua dignidade respeitada, vai precisar produzir um testamento vital mais completo, robusto, criterioso e específico.

No plano jurídico, apesar de não haver legislação acerca do testamento vital no Brasil, os tribunais têm aceitado uma interpretação integrativa de normas constitucionais e infraconstitucionais como forma de defesa da validade jurídica do testamento vital no ordenamento brasileiro. Dessa forma, os princípios constitucionais que se destacam no contexto da defesa do instituto é o da dignidade da pessoa humana, da autonomia e o da proibição do tratamento desumano.

No que diz respeito ao aspecto formal, o testamento vital, de modo semelhante só testamento patrimonial, é um negócio jurídico solene, precisando seguir forma prevista em lei. Atualmente, há divergência doutrinária quanto à necessidade de registro ou não do documento em cartório e de haver testemunhas.

26 Obstinação terapêutica, nas palavras da médica Ana Coradazzi “consiste em iniciar ou continuar ações médicas que não têm outro objetivo além de prolongar a vida de um paciente quando ele está em processo irreversível de morte”. CORADAZZI, A. Obstinação terapêutica: quando menos é mais. In: Obstinação terapêutica: quando menos é mais. [S. l.], 25 nov. 2021. Disponível em: <https://centrodeoncologia.org.br/sua-saude/obstinacao-terapeutica-quando-menos-e-mais/>. Acesso em: 6 set. 2022.

27DADALTO, Luciana. Testamento Vital. [S. l.: s. n.], 2022. E-book.

Diante de tantas possibilidades de documentos, é importante tratar acerca das possibilidades de escolha dos pacientes no que se refere a modalidades de morte digna. Um breve apanhado dos institutos que tratam dos momentos finais, como eutanásia, suicídio assistido, ortotanásia e distanásia, e a diferenciação de cada um deles é de singular importância dentro do assunto das questões existenciais, motivo pelo qual serão tratados de modo detalhado no capítulo seguinte.

5. ELUCIDAÇÕES ACERCA DOS INSTITUTOS QUE TRATAM DA MORTE

O contexto de morte digna suscita inúmeras discussões acerca das abordagens que se fazem possíveis nesse momento de final de vida. Assim, considerando que as diferenças entre os institutos que lidam com a morte podem gerar problemas de compreensão e, conseqüentemente, dificuldade quando da análise dos possíveis reflexos no âmbito legal e ético, faz-se necessário um estudo de cada um desses institutos de modo mais aprofundado.

5.1. Eutanásia

O termo eutanásia tem origem grega e significa boa morte (eu = boa; thanatos = morte), foi primeiramente utilizado por Francis Bacon em sua obra *Historia vitae et mortis*, de 1623, onde a descreveu como uma ajuda para morrer, para abolir o sofrimento de doentes incuráveis, promovendo uma morte serena, sem sofrimento, indolor.²⁸

Ao longo da história, o termo foi utilizado em diferentes países e civilizações para descrever diversas condutas. Na antiguidade, praticava-se eutanásia em velhos, em crianças com problemas físicos ou mentais, em doentes e naqueles considerados incapacitados. Na Alemanha nazista, a eutanásia selecionadora ou eugênica, de modo semelhante, eliminou milhares de judeus para atingir uma raça pura. Atualmente, todavia, o cerne da questão é outro, não se admitindo a utilização do instituto de modo abusivo e contra segmentos sociais menos favorecidos como fora utilizado em outros tempos.

28 DODGE, Raquel Elias Ferreira. Eutanásia - aspectos jurídicos. *Bioética, Revista*, v. 7, p. 15-22, 1 fev. 1999. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/299. Acesso em: 18 out. 2022.

Dentro dessa perspectiva mais atual, na obra literária intitulada “Autonomia para Morrer”²⁹, Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira descrevem a eutanásia da seguinte forma:

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.

Por esse viés, é importante tratar de algumas propostas de classificação oferecidas pela doutrina. A primeira é quanto ao tipo de ação, podendo ser ativa ou passiva: a primeira depende da ação de um terceiro, normalmente um médico, para causar a morte do paciente com o seu consentimento; a segunda, na verdade, é uma omissão de procedimentos ou tratamentos médicos com o objetivo de causar a morte do paciente. Quando diz respeito ao consentimento do paciente, a eutanásia pode ser classificada em voluntária, não voluntária ou involuntária. Voluntária é o ato realizado após haver o pedido expresso do paciente para que cessem a sua vida e o seu sofrimento. A eutanásia não voluntária é a realizada sem o conhecimento do paciente ou de seus representantes. Involuntária, por sua vez, é o ato praticado contra a vontade do enfermo ou de seus representantes legais. No que se refere ao resultado da conduta do agente que pratica a eutanásia, ela pode ser classificada como direta ou indireta. Assim, é chamada de direta quando o ato do agente incide diretamente sobre o corpo do enfermo com o objetivo de gerar o óbito do paciente, por exemplo, uma injeção letal. Chama-se indireta quando o ato praticado tinha o objetivo apenas de amenizar o sofrimento do enfermo, mas acaba por causar a sua morte, como a implantação de medicamentos para atenuar a dor que resultam na aceleração do processo morte.³⁰

Após uma breve conceituação e abordagem da classificação do ato eutanásico, é necessário esclarecer que foge ao objetivo dessa trabalho tratar de todos os conceitos e tipos de eutanásia, assim, nesse trabalho, considerar-se-á eutanásia como sendo a conduta que visa a aliviar o sofrimento de doentes terminais, com o seu consentimento, encurtando o processo da morte de modo indolor e promovido por um médico. De maneira mais detalhada, há de

29 SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. AUTONOMIA PARA MORRER: Eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos. 2. ed. rev. atual. e aum. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. 217 p.

30 GUEDES, I.R.M.T. Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

serem considerados alguns fatores cumulativamente: (a) consentimento do paciente, (b) conduta comissiva ou omissiva de um agente ativo, necessariamente um médico, (c) estar o paciente acometido de uma doença em estágio terminal, ou seja, nenhum tratamento seria capaz de reverter o quadro do paciente, (d) acentuado sofrimento vivido pelo enfermo, (e) motivado por piedade e misericórdia, com o objetivo de fazer cessar esse sofrimento.

No plano jurídico, dentro do nosso ordenamento, a eutanásia é considerada um crime. Isso porque, por falta de legislação específica acerca do assunto, o procedimento é analisado sob o prisma do código penal³¹ que, no seu art. 121 define o tipo penal “matar alguém”. Além disso, o Código de Ética Médica³² também reprova o procedimento ao vedar o médico de “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”, em seu art. 41.

O delito, de acordo com a legislação pátria, é caracterizado por uma conduta típica, antijurídica e culpável. Como esses três elementos são essenciais para a configuração de um crime, faz-se importante visualizar a eutanásia a partir dessas três perspectivas, para uma melhor e mais completa compreensão do assunto. Antes disso, entretanto, é imprescindível apresentar as definições de cada elemento.

Inicialmente, no que diz respeito ao tipo penal, Cezar Roberto Bitencourt³³ assim o define:

tipo penal é o conjunto dos elementos do fato punível descrito na lei penal (...), é uma construção que surge da imaginação do legislador, que descreve legalmente as ações que considera, em tese, delitivas, ou seja, é um modelo abstrato que descreve um comportamento proibido.

Entende-se, portanto, que a tipicidade é a subsunção, justaposição de uma ação ou omissão da vida real à que está descrita na norma e, uma vez que sejam compatíveis, pode-se dizer que temos uma conduta típica.

Antijuridicidade, ou ilicitude, por sua vez, nas palavras de Bittencourt pode ser entendida como

31 CONGRESSO NACIONAL. Decreto-lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940, de 31 de dezembro de 1940. Código Penal. [S. l.], 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 9 nov. 2022.

32 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. [S. l.], 27 set. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.

33 BITENCOURT, C. R. Tratado de direito penal. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

A relação de antagonismo que se estabelece entre uma conduta humana voluntária e o ordenamento jurídico, de modo a causar lesão ou expor a perigo de lesão um bem jurídico tutelado.

Além disso, acrescenta-se que é necessário que não haja nenhuma causa de justificação legal, pois, nesse caso, estaríamos diante de uma circunstância excludente de ilicitude, o que desqualificaria a conduta como crime.

Por fim, a culpabilidade é entendida como sendo “um juízo individualizado de atribuição de responsabilidade penal, e representa uma garantia para o infrator frente aos possíveis excessos do poder punitivo estatal.”³⁴

Assim, a noção de culpabilidade está diretamente ligada a de inevitabilidade da conduta ilícita, pois só se pode emitir qualquer juízo de reprovação ao autor da conduta típica quando lhe era possível agir de modo diverso.

A importância de analisar a conduta humana sob esses três aspectos é racionalizar e facilitar a aplicação do Direito, gerando, portanto, uma maior segurança jurídica e minorando as arbitrariedades e as contradições que poderiam vir a surgir no que diz respeito à aplicação da norma.

Diante desse contexto, pode-se facilmente dizer que a eutanásia constitui uma conduta típica, porque se enquadra na descrição do tipo penal do art. 121 do Código Penal Brasileiro, qual seja: Matar alguém: Pena: reclusão, de seis a vinte anos.

Além disso, pode-se apontar que a conduta eutanásica é antijurídica, ou seja, ilícita, pois vai de encontro ao ordenamento jurídico pátrio, visto que, ao causar um óbito, ofende-se um dos mais importantes bens tutelados por ele, a vida humana. Por fim, a eutanásia é culpável, pois ao médico poder-se-ia exigir uma conduta diversa da praticada, de modo a preservar a vida do paciente.

É importante salientar, que, para a consumação do crime aqui considerado, o consentimento do paciente é irrelevante para a tipificação da conduta do médico, ou seja, ainda que o paciente tenha implorado pela morte, a conduta do médico que promover o óbito será julgada como homicídio, porque não há na legislação essa causa de exclusão da tipicidade da conduta. Nesse viés, os motivos que levaram o médico a promover o fim da vida de um paciente, se de relevante valor social ou moral, podem vir a ser considerados como causa especial de redução de pena, mas não chegam a desqualificar a tipicidade da conduta, ou seja, continua sendo um homicídio.

34 BITENCOURT, C. R. Tratado de direito penal. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

Para além da eutanásia, existe um instituto bastante parecido e que se tornou bastante comentado recentemente chamado de suicídio assistido. A recente popularidade do tema se deu depois que o cineasta franco-suíço Jean-Luc Godard recorreu à prática na Suíça, em setembro desse ano. Segundo a família de Godard, ele não estava doente, apenas exausto de viver. Diante disso, faz-se necessário, portanto, ponderações acerca do suicídio assistido, pois, dentro do presente trabalho, é um instituto relevante no contexto do final da vida.

5.2. Suicídio assistido

O suicídio assistido possui características bem parecidas com as da eutanásia, a principal diferença é que a provocação da morte se dá pelo próprio interessado, que é apenas ajudado por um terceiro. É, portanto, um auxílio, médico ou não, dedicado a alguém que sofre de doença que lhe inflige intenso sofrimento, que a leva ansiar pela morte como uma forma de aliviar as dores, físicas e psíquicas, de sua enfermidade³⁵.

O suicídio é uma das formas mais antigas de discussão acerca do tema morte. Embora tenha sido historicamente combatido por quase todos os segmentos sociais, hoje, numa sociedade que busca se autoafirmar efetivamente democrática, o suicídio volta a figurar como tema de acalorados debates.

Querer decidir o momento do seu próprio fim é algo que gera intensas discussões, precipuamente de caráter religioso, visto que boa parte das religiões, como o catolicismo, o islamismo e o judaísmo, consideram que a vida não pertence ao sujeito, mas a um ser superior e que, portanto, não poderia a pessoa deliberar sobre o fim de sua existência. Entretanto, para além do debate religioso, juristas, filósofos e médicos se dividem nesse assunto em busca de responder a seguinte indagação: afinal, a vida é direito ou obrigação? A intenção do presente trabalho não é a de responder essa pergunta, visto que ambas as respostas são passíveis de diversos questionamentos, entretanto é de suma importância trazer a tona essa reflexão.

Por esse viés, a depender do contexto em que alguém vive, é compreensível que se considere o viver uma obrigação. Isso porque, quando se volta para pessoas que padecem de uma doença terminal, sem possibilidades de melhora na sua qualidade de vida, que levam uma existência extremamente limitada e infeliz, ou que sofre com alguma doença crônica,

35 SOUZA, Renata Cristina Nascimento. A eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro. 2021. 69 f. Monografia (Graduação em Direito) - Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021.

degenerativa e apenas esperam o momento para transformarem-se em um “vegetal em cima de uma cama”, é evidente que a antecipação da morte se torna mais do que uma possibilidade, um anseio.

O suicídio assistido, assim como outras modalidades de institutos que lidam sobre a morte, é um tema que mantém uma relação intrínseca com o da autonomia dos indivíduos, abordagem que será aprofundada em momento oportuno. Sobre esse ponto, Luiz Roberto Barroso entende que

No caso da autonomia, sua preservação é um dos pontos centrais do debate sobre suicídio assistido, ao lado do alívio do sofrimento e da preservação do valor comunitário. A autonomia normalmente reforça a ideia de que uma pessoa sã tem o direito, em certas circunstâncias, de escolher morrer se, após uma reflexão ponderada, ela constata que “o sofrimento incessante supera o valor de seguir vivendo.”³⁶

Do ponto de vista jurídico, no Brasil, o suicídio assistido é enquadrado no tipo penal descrito no art. 122, do Código Penal, qual seja

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça:
Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Historicamente, a legislação penal brasileira trata a vida como um bem jurídico de valor máximo e criminaliza condutas que atentem contra ela. Importante destacar que, no que tange ao suicídio, não há que se falar em crime, visto que, como seria impossível para o Estado aplicar alguma punição ao sujeito que retira a própria vida, de nada adiantaria tipificar a conduta no código penal³⁷.

Para além do Brasil, praticamente todos os países que legalizaram a eutanásia, quais sejam, Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Canadá, na mesma lei, legalizaram também o suicídio assistido. A Colômbia é o único país a descriminalizar a eutanásia e manter a criminalização do suicídio assistido, o que, para a doutrina, é um contrassenso.

36 BARROSO, Luís Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. 3. reimpressão. – Belo Horizonte: Fórum, 2014

37 GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana (coord.). Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. 2017: Almedina, 2017. 392 p.

É bem verdade que em vários estados norte-americanos e na Suíça a eutanásia é criminalizada e o suicídio assistido não o é. Para Laura Ferreira dos Santos³⁸ essa maior tolerância cultural ao suicídio assistido do que à eutanásia se deve ao fato de que é o agente interessado que provoca sua própria morte. Haveria, assim, uma maior facilidade em aceitar a ideia de que aquele que deseja morrer deve realizar o ato, ao invés de pedir que um terceiro o realize.

Em que pese os institutos de final de vida que abreviam-na, como a eutanásia e o suicídio assistido, há também o que preza pelo prolongamento da vida a qualquer custo, chamado de distanásia, o que, em verdade, como será tratado posteriormente, acarreta acentuado sofrimento ao sujeito que já se encontra debilitado por uma doença em estágio terminal. Essa modalidade de abordagem de fim de vida é importante de ser tratada no presente trabalho, pois demonstra uma realidade divergente das anteriores e necessária para a visualização de uma outra perspectiva do final de vida, proporcionando uma visão mais ampla desse momento.

5.3 Distanásia

Conceitualmente, distanásia significa “morte dolorosa, agonia lenta” ou “morte lenta e com grande sofrimento”. É o prolongamento da vida de uma pessoa para além do seu período natural, o que pode ser entendido, na verdade, como um prolongamento do processo de morte, visto que, nessa situação, o paciente já não tem mais uma vida biográfica propriamente dita, mas apenas uma sobrevivência mantida por aparelhos e medicamentos fortes. Também chamados de obstinação terapêutica, os tratamentos fúteis são assim considerados pela médica Ana Coradazzi:

Obstinação terapêutica consiste em iniciar ou continuar ações médicas que não têm outro objetivo além de prolongar a vida de um paciente quando ele está em processo irreversível de morte. Insistir em meramente prolongar a vida biológica de alguém a todo custo implica numa séria agressão à sua dignidade. Nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente admissível. Adotar medidas desproporcionais à realidade do paciente apenas prolonga sua agonia e o sofrimento de seus familiares.³⁹

38 SANTOS, Laura Ferreira dos. *Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental no século XXI*. Lisboa: Sextante, 2009.

39 CORADAZZI, A. Obstinação terapêutica: quando menos é mais. In: *Obstinação terapêutica: quando menos é mais*. [S. l.], 25 nov. 2021. Disponível em: <https://centrodeoncologia.org.br/sua-saude/obstinacao-terapeutica-quando-menos-e-mais/>. Acesso em: 6 set. 2022.

Apesar de não haver estudos científicos que demonstrem a incidência da conduta distanásica no Brasil, é sabido que essa prática é comum em grande parte dos hospitais do Brasil. Isso porque já é uma questão cultural, intrínseca da nossa sociedade, entender que deixar de perseguir a cura de todas as formas possíveis, mesmo quando sabidamente em vão, é sinônimo de desistir do paciente, o que empobrece sobremaneira o diálogo em torno do tema. Em razão disso, ficam os enfermos consumidos tanto pela doença quanto pelo tratamento excessivo, rumando, com muita dificuldade, a uma morte extremamente dolorosa e mais triste do que deveria ser impedidos de completarem o ciclo da vida de modo mais ameno e natural.

Essa realidade é possibilitada pelos avanços da medicina que, acompanhados dos avanços tecnológicos, tornaram a morte um evento postergável, em muitos casos, quase que indefinidamente. Isso faz que médicos possam perseguir a vida por um caminho muito mais longo do que outrora, o que gera consequências danosas aos pacientes, que, apesar de vivos, se encontram em intenso sofrimento e, por vezes, anseiam pela morte. Nesse contexto, faz-se digno de nota o ensinamento de Villas-Bôas, citado por Guimarães:

A terminalidade da vida é condição diagnosticada pelo médico diante do enfermo com doença grave e incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença. As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre. Deixamos de cuidar da pessoa doente nos empenhamos em tratar a doença da pessoa, desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual.”⁴⁰

Diante dessa realidade, uma das questões mais importantes é saber qual o momento mais acertado de encerrar os esforços empreendidos para vencer a morte. Mas, tão complexa quanto a dúvida é a solução, pois é certo que o que é aceitável para uns talvez não o seja para outros, pois o limite e o valor da vida pode variar entre ordenamentos, países, culturas e pessoas. Considerando, então, essa heterogeneidade de perspectiva e a complexidade de cada ser humano, a definição do que vem a ser o limite terapêutico ideal vai ser resultado de uma construção entre o médico e o paciente, que vão decidir, em conjunto, a partir de qual momento passa a ser injustificável determinada proposta terapêutica. Aqui é de suma importância a qualidade da comunicação entre ambas as partes, pois a decisão do

40 GUIMARÃES, Marcello Ovídio Lopes. **Eutanásia- novas considerações penais**. São Paulo: Editora J.H. Mizuno, 2011.

paciente vai depender sobremaneira de como o médico expõe e detalha o seu quadro clínico e as perspectivas e consequências do tratamento proposto.

Essa relação médico-paciente já passou por profundas mudanças ao longo dos anos. Antigamente, existia um verdadeiro paternalismo, no qual a palavra do médico era quase inquestionável e ele decidia, unilateralmente, a abordagem terapêutica que seria utilizada, o paciente era, pois, um sujeito completamente passivo nessa relação. Atualmente, o que ocorre é o surgimento de novo modelo de relacionamento do tipo deliberativo, no qual o médico desenvolve a função de ajudar o paciente a decidir o que quer, atuando como conselheiro, dando a oportunidade de o esse paciente participar do processo decisório e possibilitando, então, uma tomada de decisão compartilhada, na qual as expectativas e os desejos do paciente são respeitados⁴¹. Dessa forma, a dignidade do paciente figura como norte da conduta médica, afinal não basta que um tratamento seja possível, é preciso que ele seja desejável por quem vai recebê-lo.

Nesse contexto, é muito importante desmentir a falsa ideia difundida no Brasil na qual, inexistindo a possibilidade de o paciente expressar a sua vontade, cabe à família a tomada de decisões acerca da conduta terapêutica a ser seguida pela equipe médica. A verdade é que, inexistindo vontade manifestada pelo paciente, cabe à equipe de saúde decidir sobre os cuidados adotados, salvo se houver um representante legal nomeado. Luciana Dadalto, sobre esse assunto, esclarece que

as decisões sobre saúde têm caráter personalíssimo, pertencendo, exclusivamente, ao paciente, seja ele capaz ou incapaz, em virtude das características dos direitos de personalidade, razão pela qual não pode ser transferida a faculdade da escolha autônoma a terceiros sem a autorização válida do titular do direito, mesmo em sendo o terceiro o genitor ou representante legal. Desta forma, caso a família de um paciente sem testamento vital peça à equipe de saúde que realize distanásia (...), a equipe deverá conversar com a família e explicar que não pode cumprir tal desejo, pois fere normas éticas e jurídicas.⁴²

Sobre o mesmo assunto, é interessante analisar a sentença que foi proferida nos autos da Ação Civil Pública de nº 0001039-86.2013.4.01.3500, que contestava a Resolução do Conselho Federal de Medicina de nº 1995/2012, a qual dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Consta da sentença que

41 GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana (coord.). Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. 2017: Almedina, 2017. 392 p.

42 Ibidem

a resolução do CFM é compatível com a autonomia da vontade, o princípio da dignidade humana, e a proibição de submissão de quem quer que seja a tratamento desumano e degradante (art. 1º, inciso III, e art. 5º, inciso, III, CRFB/88). O princípio da autonomia da vontade para decidir sobre recursos terapêuticos, aliás, está insito no art. 15 do Código Civil: Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.⁴³

Fica evidente, então, que a vontade do paciente acerca da abordagem do seu caso é a que deve ser respeitada por familiares e equipes de saúde, desde que não fira os preceitos éticos, e que esse entendimento é ratificado por nosso ordenamento jurídico, tanto na seara constitucional como na infraconstitucional.

Da perspectiva ético-disciplinar, não há hoje no Código de Ética Médica, expressamente, nenhuma proibição à conduta distanásica, mas é possível inferir esse entendimento a partir, por exemplo, do que dispões o art. 35, incluído no capítulo dedicado às vedações aos médicos:

É vedado ao médico:

[...]

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.⁴⁴

Ora, ao vedar o excesso de “visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos” é possível interpretar que a conduta distanásica, que é exatamente o exagero de tratamento, constitui uma infração ética do profissional médico. Seguindo o mesmo entendimento, assim dispõe o parágrafo único do art. 41:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

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

43 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução CFM nº 1.995, DE 9 DE AGOSTO DE 2012, Diário Oficial da União, p. 269-270, 18 out. 2022. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012>. Acesso em: 18 out. 2022.

44 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução. Aprova o Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, Diário Oficial da União, 27 set. 2018. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=15535&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2217&situacao=VIGENTE&data=27-09-2018>. Acesso em: 18 out. 2022.

Fica cristalina, neste ponto, a vedação à distanásia quando dispõe o Código que os médicos não devem “emprender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas”, podendo vir a ser responsabilizados por tal infração.

Além do CEM, pode-se dizer que a própria Constituição Federal⁴⁵ afasta a distanásia quando, no Título II, dedicado aos Direitos e Garantias Fundamentais, quando estabelece:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...)

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

Ora, a distanásia é, claramente um tratamento degradante, ficando, então, afastada pela Carta Magna de nosso ordenamento jurídico.

Ainda do ponto de vista jurídico, apesar de não haver, em escala federal, nenhuma legislação que aborde ou regule o tema aqui delineado, o Estado de São Paulo editou Lei Estadual nº 10.241/1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado, onde consta do seu art. 2º, inciso XXIII que

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: (...)

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;

Esse dispositivo demonstra, acertadamente, que a distanásia não pode ser uma conduta imposta ao paciente, pois este tem autonomia suficiente para decidir acerca de seu tratamento.

Por todo o exposto, fica fácil perceber que o tema é, realmente, delicado, visto que é profundamente difícil mudar os paradigmas de uma sociedade, principalmente quando se entende que a distanásia já se tornou um hábito no dia a dia médico do país. Faz-se necessário, assim, um olhar crítico, fundamentado e, precipuamente, empático sobre a condução do processo de morte para fazer que os eventos finais da vida das pessoas sejam

45 BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [S. l.: s. n.], 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 out. 2022.

tratados com a atenção, o cuidado e a humanidade de que precisam e não sejam transformados em eventos extremamente dolorosos e com uma carga ainda maior de sofrimento. A abordagem, pois, que visa a diminuir as dores e o sofrimento, tornando a morte um processo mais natural é a chamada ortotanásia, bastante ligada aos cuidados paliativos, que se faz extremamente importante de ser aqui abordado por ser, talvez, a mais bem aceita entre pesquisadores, legisladores e sociedade.

5.4 Ortotanásia

A palavra ortotanásia tem origem grega (*orto* = certo; *thanatos* = morte) e significa a morte no seu tempo, isto é, a morte cuja ocorrência não é antecipada nem adiada. A expressão consiste em uma omissão médica que diga respeito a qualquer tratamento que não reverteria o curso de uma doença terminal em um paciente que já se encontra próximo ao fim de sua vida, mas que, em verdade, prolongaria dolorosamente esse processo de morte, ou seja, é a interrupção, feita pelo médico, da manutenção artificial de uma vida que não tem perspectiva de cura ou melhora.

Existem, no contexto médico, meios ditos proporcionais e desproporcionais de cuidados com a saúde. Os tratamentos chamados proporcionais são os que acarretam mais benefícios do que consequências gravosas ao paciente; já os chamados desproporcionais, no entanto, são as medidas cujas perspectivas de benefício, para o paciente, são menores que os males que se possa antever. Da evolução dos critérios que permitem diferenciar esses dois tratamentos, surgiu a noção do que veio a ser chamado de tratamento fútil, que são medidas que não geram nenhum proveito ao paciente, pois, de um lado, não o curam, porque o enfermo, sabe-se, padece de mal irreversível e, por outro lado, não o confortam, pois não aliviam sua dor e sofrimento⁴⁶.

Nesse viés, é importante diferenciar a ortotanásia da eutanásia passiva com o escopo de evitar equívocos na compreensão dos institutos. Sobre isso, José Roberto Goldim⁴⁷ considera que, “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”.

Luciana Dadalto faz uma relevante observação sobre essa questão:

46GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana (coord.). Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. 2017: Almedina, 2017. 392 p.

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

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*.⁴⁸

Fica evidente, assim, que, embora sejam condutas parecidas, a eutanásia passiva e a ortotanásia não são idênticas, visto que a intenção do médico é diferente em cada uma delas: na primeira, a omissão de tratamento tem a intenção de promover o óbito e, na segunda, não há de forma alguma a antecipação do óbito, mas a não protelação do processo de morte.

Na perspectiva jurídica brasileira, a ortotanásia é vista com bons olhos pelo nosso ordenamento, encontrando guarida no próprio Código de Ética Médica, que logo no seu capítulo I, onde elenca seus princípios fundamentais, traz o seguinte:

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.⁴⁹

Além disso, dispõe o mesmo código, no parágrafo único do art. 41:

Art. 41 [...]

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.

Fica evidente, portanto, a relevância que ganha a ortotanásia na vida de um paciente terminal, visto que o próprio código em questão, que norteia a prática médica no Brasil, a indica como conduta apropriada, afastando a distanásia, ou obstinação terapêutica, que será detalhada em momento oportuno.

⁴⁸ DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. São Paulo: Editora Foco, 2020.

⁴⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução. Aprova o Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, Diário Oficial da União, 27 set. 2018. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=15535&tipo=RESOLUCAO&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2217&situacao=VIGENTE&data=27-09-2018>. Acesso em: 18 out. 2022.

Além disso, é importante destacar o art. 1º da Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, que também versa acerca da ortotanásia:

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

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou 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 representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Salienta-se que essa resolução, do ano de 2006, foi a primeira a trazer esse assunto inserido no contexto dos profissionais de saúde e, como toda novidade, gerou intensas discussões sobre os aspectos éticos e legais acerca da conduta médica anunciada. Mas a verdade é que a atuação do médico nessas situações não pode ser considerada ilícita, visto que não resulta no encurtamento voluntário da vida do paciente terminal, o qual segue todo o curso da doença e encontra, de maneira natural, a sua morte. Não há, pois, um nexo de causalidade entre a conduta do médico e o falecimento do enfermo, porque o óbito ocorre em decorrência direta da doença.

A ortotanásia é um assunto diretamente ligado aos cuidados paliativos, porque, nas palavras de Léo Pessini⁵⁰, “no limite da possibilidade terapêutica, uma vez cessado o dever de tentar obter a cura, não emergirá o fim da relação médico-paciente, mas uma transformação de seu significado, que será substituído pelo dever ético de confortar e amparar”. Assim sendo, apesar de não aplicar os chamados tratamentos fúteis, o médico tem de continuar prestando assistência ao enfermo, mas em outra perspectiva, qual seja, na terapia dos sintomas e das dores de seus pacientes, com foco na sua qualidade vida durante tempo que lhe resta, como determina o art. 2º da Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina:

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

50 PESSINI, Leocir. Eutanásia: Por Que Abreviar a Vida?. 1. ed. [S. l.]: Edições Loyola, 2004. 384 p.

O termo paliativo vem do latim *Pallium*, que era o manto usado pelos peregrinos em suas viagens aos santuários para proteção nas intempéries. No contexto médico, a definição de cuidados paliativos que vem sendo adotada pela OMS é de que são

cuidados holísticos ativos a indivíduos de todas as idades com sérios sofrimentos relacionados à saúde em razão de doenças graves e especialmente àqueles próximos ao fim da vida e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores.⁵¹

A palição ganha maior importância na medida em que as terapêuticas curativas perdem sua efetividade e busca, além de garantir qualidade de vida por meio do controle de sintomas, a integração dos aspectos clínicos, psicológicos, espirituais e sociais da pessoa doente e de seus familiares, o respeito à autonomia do paciente, aos valores e desejos que devem integrar a abordagem e o plano terapêutico, trazendo o paciente para o centro das decisões e do planejamento de cuidados.

Os cuidados paliativos, no Brasil, vêm ganhando notória relevância na medida em que se constata o processo de inversão da pirâmide etária, que está previsto para se completar no ano de 2033, quando o número de pessoas acima de 65 anos ultrapassará o de menores de 15 anos. Além disso, a expectativa para 2060 é de que cerca de 25% da população brasileira tenha mais de 65 anos de idade. Isso quer dizer que o envelhecimento populacional é um processo irreversível na nossa realidade, o que vai exigir cada vez mais a formação de equipes de assistência voltadas para promover uma maior qualidade no fim da vida de seus pacientes⁵². O prolongamento da vida é um desejo de qualquer sociedade e deve sim ser comemorado, no entanto só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade e dignidade aos anos adicionais de vida.

Após a análise das modalidades de institutos que tratam da situação de final de vida e das espécies de diretivas antecipadas de vontade, é interessante contemplar como o final de vida é tratado em outros países.

6. BREVE ANÁLISE DOS ORDENAMENTOS INTERNACIONAIS

51 OLIVEIRA, L.C. (org.). A avaliação do paciente em cuidados paliativos. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <http://controlecancer.bvs.br/>. Acesso em: 13 out. 2022

52 Ibidem

Após o apanhado teórico feito até aqui, é importante visualizar como o assunto é tratado na prática dos países que permitem uma aplicação mais abrangente dos institutos que versam sobre a morte em suas diversas facetas. Passa-se, então, a tecer breves considerações acerca de todos os países onde a morte medicamente assistida é permitida e praticada hoje.

6.1. Holanda⁵³

Em geral, em países onde a força religiosa não se apresenta de forma impositiva e quase obrigatória, o debate sobre as questões de final de vida consegue fluir de maneira mais racional e, portanto, menos apaixonada. A Holanda se encaixa bem entre esse tipo de nação e, por isso, não surpreende que tenha sido o primeiro país a legalizar a eutanásia, ainda em 2001, com a “Lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido”. Em verdade, o que ocorre é que essa lei regulamentou um procedimento que já era tolerado no país desde 1997. Assim, hoje, em acordo com a lei que regulamenta a prática, da eutanásia e do suicídio assistido podem ocorrer sob condições específicas.

Dessa forma, segundo a lei holandesa, o primeiro requisito para a solicitação de uma morte assistida é que a decisão deve ser manifestada pelo paciente, excluindo-se, assim, quem não pode se manifestar em razão de, por exemplo, um estado vegetativo persistente, vez que não se aceita que familiares ou médicos decidam por esses indivíduos, o que mostra o valor que se dá à autonomia do paciente nessa tomada de decisão. O segundo requisito é a voluntariedade, assim o médico não pode sugerir o suicídio ou a eutanásia como uma opção para o paciente, pois essa escolha deve ser individual e autônoma. O terceiro requisito está intimamente ligado à compreensão que o paciente tem sobre seu estado de saúde, afinal, para ter autonomia de escolha, o paciente precisa ter um entendimento claro e correto sobre a sua situação clínica. Como quarto requisito, o paciente precisa comprovar um sofrimento interminável e insuportável, não necessitando estar na fase final da doença. Por sua vez, o quinto requisito é que o médico e o paciente conjuntamente decidam que não há outra alternativa aceitável. A sexta exigência é que haja uma segunda opinião médica concordando com a primeira. O último requisito, pois, é que o procedimento seja executado “de maneira medicamente apropriada”⁵⁴, nesse sentido, busca-se uma morte indolor, segundo os critérios

53 GUEDES, I.R.M.T. Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

54 Ibidem

estabelecidos pela norma médica, sob pena de o médico ser responsabilizado ética e penalmente pelo ato praticado.

No plano jurídico, a classe médica obteve uma exclusão de ilicitude da prática da eutanásia desde que a prática esteja de acordo com os requisitos definidos na lei, a qual também permite a utilização da objeção de consciência por parte do médico, para se recusar a proceder com o ato.

Além disso, a solicitação é permitida a partir dos 12 anos, sendo que até 16 anos é necessário o consentimento dos pais. Apesar da baixa idade com que se permite a solicitação de morte assistida na Holanda, pediatras locais já elaboraram um documento pericial no qual se pronunciam a favor de estender a opção às crianças menores de 12 anos em situações muito excepcionais, nas quais os cuidados paliativos não se mostrem efetivos para propiciar uma qualidade de vida mínima.

É importante salientar que o debate acerca da morte digna já está tão avançado na Holanda que há projeto de lei em andamento que versa sobre conceder o direito a pessoas com mais de 75 anos de idade de optarem pela morte assistida caso considerem que já viveram o suficiente, independente do quadro clínico no qual se encontram, entendendo que o próprio processo de envelhecimento pode ser considerado uma doença crônica.

6.2 Bélgica⁵⁵

A Bélgica foi o segundo país a legalizar a prática da eutanásia, em maio de 2002, por meio da Lei n. 9590. Assim como na Holanda, a legislação belga exige que o médico converse e explique ao paciente seu real estado de saúde, que esteja convencido que o paciente tem vontade reiterada de proceder com o ato, estabelecendo conversas espaçadas com o enfermo, e que busque uma segunda opinião médica acerca da condição de saúde do paciente e da impossibilidade de alívio do sofrimento, senão com o óbito. Além disso, a legislação do país também condiciona a execução a procedimentos e requisitos que o médico deverá seguir.

Por outro lado, em contraste com a legislação holandesa, a belga não faz uma diferenciação entre eutanásia e suicídio assistido, em que pese seus dispositivos legais conseguirem abranger ambas as práticas. Ademais, no país os procedimentos são estendidos para pessoas que sofrem com problemas mentais. Originariamente, a Lei n. 9590, de 2002,

55 GUEDES, I.R.M.T. Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

vedava o procedimento para menores de 18 anos, mas essa vedação foi superada em 2014 pela Lei nº 9093/2014, que exige que o menor esteja em total capacidade de discernimento e que se encaixe em todas as exigências elencadas na lei, quais sejam,

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 incontestado 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.

Por fim, realizada a eutanásia ou o suicídio assistido, no país há um sistema de verificação da legalidade dos atos praticados e, caso seja constatada ilegalidade, encaminha-se o médico para responsabilização ética e penal.

6.3. Luxemburgo⁵⁶

O Luxemburgo foi o terceiro país europeu a despenalizar a eutanásia, por meio de uma lei bem abrangente, editada em 2009, que versa sobre a eutanásia, o suicídio assistido, os cuidados paliativos e suportes ao fim da vida, além de elencar condições a serem observadas para que a solicitação do procedimento seja considerada legal no país. A lei luxemburguesa se assemelha bastante à belga, diferindo, basicamente, no fato de que exige que o doente se manifeste por escrito por meio de um documento no qual descreve as circunstâncias em que quer se submeter à eutanásia. O país conta com uma Comissão Nacional de Controle e Avaliação que analisa esses documentos e, por fim, decidem se eles estão aptos ou não a solicitar o procedimento.

6.4. Suíça⁵⁷

Ainda em âmbito europeu, a Suíça é um país de destaque quando se trata de morte assistida. Isso se deve ao fato de que o país é considerado um local de “turismo da morte”, em razão da possibilidade de estrangeiros realizarem lá a morte assistida.

56 GUEDES, I.R.M.T. Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

57 Ibidem

Apesar disso, na Suíça não há legislação permitindo a eutanásia ou o suicídio assistido. Na verdade, o que autoriza o procedimento de morte assistida no país é a interpretação jurisprudencial acerca do art. 115 do Código Penal Suíço, que diz

Art. 115. Aquele que, por motivo egoísta, instiga alguém a cometer suicídio ou empresta-lhe ajuda, será punido com detenção de até cinco anos ou multa monetária, caso o suicídio tenha sido consumado ou tentado.

A jurisprudência do país é no sentido de que não sofre a pena de prisão aquele que auxilia o suicídio, desde que não tenha agido com egoísmo ou interesses outros. Esse entendimento, no entanto, só se aplica ao suicídio assistido, uma vez que tanto a doutrina como a jurisprudência entendem não ser possível a eutanásia no país.

Uma das instituições que realizam assistência ao suicídio que mais se destacam na Suíça é a Dignitas, que tem como lema “viver com dignidade, morrer com dignidade”. O destaque dessa instituição se dá pela permissão de realização do ato por estrangeiros. A instituição presta serviço às pessoas que desejam pôr fim ao seu sofrimento, mas cobra um alto valor para isso, motivo pelo qual os críticos concluem que uma parcela muito pequena da população suíça tem acesso ao direito de morrer com dignidade usufruindo desse procedimento.⁵⁸

6.5. Estados Unidos da América (EUA)⁵⁹

Nos Estados Unidos, diferentemente dos países abordados até aqui, não existe um entendimento jurisprudencial ou legislação que seja aplicada em âmbito nacional voltada para o assunto morte medicamente assistida, mas há leis estaduais que versam sobre o suicídio assistido em alguns estados, quais sejam, Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia. No que concerne à eutanásia, há a vedação ao procedimento em todos os estados.

O primeiro estado a legalizar o suicídio assistido no país foi Oregon, em 27 de outubro de 1997, com a aprovação do “Ato de morte com dignidade” (Death with Dignity Act). Esse Ato permite a realização do procedimento por adultos, capazes de expressarem suas vontades, que sejam residentes no estado, que tenham doenças terminais e expectativa de vida menor que seis meses. Os pacientes, então, autoadministram voluntariamente a

58 GUEDES, I.R.M.T. Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

59 GODINHO, A.M.; LEITE, G.S.; DADALTO, Luciana (coord.). Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. [S. l.: s. n.], 2017.

medicação em doses letais, as quais são expressamente prescritas por um médico para essa finalidade.

Em 2009, o estado de Washington aprovou o seu “Ato de morte com dignidade”, bastante parecido com o do Oregon. No mesmo ano, o estado de Montana descriminalizou o procedimento de suicídio assistido por meio de uma decisão da Suprema Corte no caso do paciente Robert Baxter, um caminhoneiro aposentado de 76 anos, portador de uma forma terminal de leucemia linfocítica. De acordo com a Suprema Corte, os pacientes devem ser adultos, mentalmente competentes e portadores de doenças terminais para solicitar medicação letal.⁶⁰

No ano de 2013, a morte medicamente assistida foi legalizada no estado de Vermont por meio do Ato 39, relacionado às escolhas dos pacientes em final de vida, no qual constam os mesmos requisitos dos estados até aqui elencados para a realização do procedimento. Dois anos depois, o estado da Califórnia editou o “Ato de opção do fim da vida”, permitindo o suicídio assistido no estado. Na Califórnia, além dos requisitos comuns aos outros estados, há a exigência de que o procedimento seja aprovado por dois médicos, um que assiste o paciente por um período e dignostica a doença e informa sobre outras alternativas ao paciente, além dos cuidados paliativos, e outro que atesta o estágio terminal da doença e a vontade indubitável do enfermo em realizar o ato, sem influências externas.

Posteriormente, outros estados legalizaram o suicídio assistido, todos com os mesmos requisitos do estado da Califórnia, quais sejam, Columbia, em 2016, Havaí, em 2018, Maine, em 2019, e Nova Jersey, também em 2019.

6.6. Colômbia⁶¹

A Colômbia foi o primeiro país fora da Europa a tratar a eutanásia como uma conduta lícita, em 1997, quando, por meio de um acórdão da corte suprema do país, permitiu-se a realização da eutanásia voluntária em indivíduos em estado terminal⁶². Inicialmente, como a permissão para realizar o ato foi feita por meio de uma decisão judicial, não havia

60 CASTRO, M.P.R. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Bioética*, [S. l.], p. 355-367, 13 jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3615/361546419019/html/#B12>. Acesso em: 30 nov. 2022.

61 GUEDES, I.R.M.T. *Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade*. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

62 SOUZA, Renata Cristina Nascimento. *A eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro*. 2021. 69 f. Monografia (Graduação em Direito) - Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021. SOUZA, Renata Cristina Nascimento. *A eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro*. 2021. 69 f. Monografia (Graduação em Direito) - Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021.

regulamentação do tema, apenas alguns requisitos a serem observados, semelhantes aos dos demais países abordados até aqui.

Somente em 2015 o Ministério da Saúde colombiano editou a resolução nº 1216, que regulamenta a realização da eutanásia voluntária e cria os chamados comitês científicos interdisciplinares para o direito de morrer com dignidade, que são órgãos que acompanham o enfermo e analisam sua situação clínica.

Ademais, em 2017 o Tribunal Constitucional Colombiano, por meio do acórdão T-544, ampliou a permissão para a realização da eutanásia em crianças e adolescentes, o que deu origem à Resolução do Ministério da Saúde nº 285/2018, a qual estabelece que o limite de idade mínimo para a realização da eutanásia é de seis anos e de forma excepcional. Para as crianças abaixo de seis anos, então, devem ser aplicados apenas os cuidados paliativos em prol de amenizar suas situações.⁶³

6.7. Canadá⁶⁴

No Canadá, o primeiro caso de morte medicamente assistida foi em 2016 e foi resultado de grandes debates e discussões envolvendo a sociedade, especialistas médicos e juristas. A primeira província do país a regulamentar a morte assistida foi Quebec, por meio do “Ato sobre cuidados no fim da vida” (Act Respecting End-of-life Care), que é baseado nas leis do Oregon e que abrange adultos capazes, diagnosticados com doenças graves e incuráveis, declínio avançado e irreversível de suas capacidades, além de intenso sofrimento físico e psicológico. Os demais territórios, posteriormente, se mobilizaram para regulamentar a prática e, para evitar grandes diferenças quanto ao procedimento, as autoridades sugeriram diretrizes nacionais unificadas.

6.8. Espanha

A lei que autoriza a morte assistida na Espanha entrou em vigor recentemente, em 2021, e permite tanto a eutanásia quanto o suicídio medicamente assistido. O texto legal estabelece como condições para a solicitação dos procedimentos a capacidade plena no momento da solicitação, que deve ser feita obrigatoriamente por escrito e renovada após 15

63 GUEDES, I.R.M.T. Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

64 CASTRO, M.P.R. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Bioética*, [S. l.], p. 355-367, 13 jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3615/361546419019/html/#B12>. Acesso em: 30 nov. 2022.

dias. Além disso, a decisão e solicitação do paciente tem que ser desprovida de pressões externas.

Os médicos, nesse contexto, podem se recusar a procederem com o ato se constatarem que os requisitos legais não estão sendo cumpridos ou utilizando sua objeção de consciência. Ademais, o pedido deverá ser aprovado por um segundo médico e, após, passar por uma comissão de avaliação.

Na Espanha um caso que se tornou notório foi o de Ramón Sampedro, um jovem que, quando contava 25 anos, sofreu uma fratura na sétima vértebra cervical e uma lesão medular durante um mergulho no mar, o que lhe deixou tetraplégico. Ramón passou a levar uma vida que o próprio descrevia como intolerável. Diante disso, em 1993, ele decidiu reivindicar judicialmente o reconhecimento de seu direito de morrer, postulando a realização de eutanásia, iniciando uma batalha judicial que duraria cinco anos e terminaria pela improcedência do seu pedido. Em janeiro de 1998, passados 29 anos do acidente, Ramón cometeu suicídio auxiliado por seus amigos mais próximos, que, conforme relatos, dividiram as atribuições. Os momentos finais de Ramón foram registrados em um vídeo, no qual ele assume inteiramente a responsabilidade do ato e reafirma sua lucidez e convicção. Durante sua “horrenda prisão à cama”, como ele mesmo se referia ao seu estado, Ramón escreveu diversos poemas, cartas e textos com um profundo teor reflexivo, que tinham como tema principal a sua luta pelo reconhecimento ao seu direito fundamental à autodeterminação quanto ao final de sua vida, buscando, dessa forma, deixar um legado para contribuir para a mudança da mentalidade social e de tratamento normativo a respeito da morte.⁶⁵

Diante de todos os países e institutos tratados até aqui, é fácil perceber o quanto o Brasil está atrasado no que diz respeito à discussão sobre a construção de um direito a morte digna. Enquanto em países como a Holanda e a Bélgica já aconteciam intensos debates acerca dos institutos de morte medicamente assistida, no Brasil, o legislativo se abstém de promover o debate acerca do tema. Para demonstrar de modo mais detalhado a situação do Brasil no que diz respeito ao assunto, o próximo capítulo cuida de detalhar resoluções e projetos de leis que tratam dele.

7. RESOLUÇÕES E PROJETOS DE LEI SOBRE O TEMA NO BRASIL

65 GODINHO, A.M.; LEITE, G.S.; DADALTO, Luciana (coord.). Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. [S. l.: s. n.], 2017.

A dignidade em momentos de final de vida não é, certamente, um dos assuntos mais discutidos no Brasil. Entretanto, com o avanço do envelhecimento da população, é provável que esse tema se torne cada vez mais presente no cotidiano do país. Diante disso, o Conselho Federal de Medicina editou algumas resoluções importantes sobre o contexto de morte digna que valem ser aqui brevemente apresentados.

7.1. Resolução nº 1805/2006

A primeira resolução, nº 1805/06⁶⁶, versa sobre a ortotanásia e permite ao profissional médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Importante salientar que essa decisão do médico deve ser registrada no prontuário e acompanhada de fundamentação coerente.

Essa resolução também trata da garantia ao paciente dos cuidados necessários para amenizar os sintomas que levam ao sofrimento, com uma assistência integral, demonstrando a importância dos cuidados paliativos. Além disso, consta que o médico tem a obrigação de esclarecer as modalidades terapêuticas adequadas ao caso para enfermo ou seu representante legal, que tem o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

7.2. Resolução nº 1995/2012

A segunda resolução a ser tratada é a de número 1995/2012⁶⁷, que trata das diretivas antecipadas de vontade, as quais são abordadas de modo genérico, sem especificar nenhuma de suas espécies. Apesar de autorizar a utilização das diretivas antecipadas de vontade pelos médicos em casos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, consta da resolução que o médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas ou a vontade do representante legal que esteja em desacordo com os preceitos estabelecidos pelo Código de

66 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 1.805/2006. [S. l.], 9 nov. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 17 nov. 2022.

67 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução CFM nº 1.995, DE 9 DE AGOSTO DE 2012, Diário Oficial da União, p. 269-270, 18 out. 2022. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012>. Acesso em: 18 out. 2022.

Ética Médica, ou seja, nem todas as vontades externadas no documento ou por meio de representante podem ser prontamente atendidas pela equipe médica, vez que há limitações as quais o profissional se encontra vinculado, impostas pelo ordenamento jurídico e ético.

Outro ponto importante da resolução é o fato de constar expressamente que “as diretivas antecipadas de vontade prevalecem sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre o desejo dos familiares”⁶⁸, assegurando o exercício a autonomia do paciente e resguardando juridicamente o médico em caso de eventuais insatisfações da família do paciente.

Além das resoluções do Conselho Federal de Medicina, existem projetos de lei que se encontram em tramitação no Congresso Nacional que versam sobre a morte digna e se fazem relevantes de serem aqui pontuados.

7.3. Projeto de Lei nº 149/2018

O Projeto de Lei de nº 149/2018⁶⁹ visa a regulamentar legalmente as diretivas antecipadas de vontade, considerando-as um gênero de documentos com aplicação apenas em situações de fim de vida. No entanto, o projeto não chega a tratar das espécies do documento de maneira expressa. De toda forma, é válido dizer que houve um avanço nas discussões, visto que o projeto reconhece a possibilidade de o menor entre 16 e 18 anos manifestar vontade sobre fim de vida e estabelece, expressamente, que a vontade manifestada pelo paciente nestes documentos é oponível *erga omnes*. Além disso, o projeto estabelece limites às vontades externadas nas diretivas ao deixar clara a proibição de disposição sobre questões patrimoniais, ao reconhecer a supremacia da vontade do paciente frente aos familiares acerca da doação de órgãos e ao facultar a tomada de decisão sobre ritos fúnebres no testamento vital.

Relevante pontuar que existe disposição no projeto em tela sobre os deveres dos profissionais de saúde, evidenciando a vinculação destes à manifestação de vontade e seu

68CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução CFM nº 1.995, DE 9 DE AGOSTO DE 2012, Diário Oficial da União, p. 269-270, 18 out. 2022. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012>. Acesso em: 18 out. 2022.

69SENADO FEDERAL. Projeto de Lei nº 149/2018. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. [S. l.]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 22 nov. 2022.

papel informativo para que o paciente possa elaborar os documentos consciente de sua situação clínica. Ademais, em consonância com os princípios dos Cuidados Paliativos, o projeto de lei em questão reconhece a necessidade de assistência à família e a vedação à obstinação terapêutica.

Apesar de inúmeros avanços trazidos no bojo do projeto em questão, a parcela que se refere à impossibilidade de o portador de doenças psíquicas ou demência manifestar sua vontade por meio das diretivas antecipadas, ainda que esteja em estado inicial da doença, sofreu bastantes críticas da doutrina, pois, nas palavras de Luciana Dadalto, esse fato

Em que pese parecer proteger pacientes vulneráveis, pode acabar por engessar a manifestação de vontade de pacientes com doenças psíquicas e/ou com demência, mas ainda com a capacidade cognitiva preservada.⁷⁰

Dessa forma, é importante a ampliação dos debates acerca do assunto para garantir que nenhuma parcela da sociedade seja privada, equivocadamente, de exercer sua autonomia em um momento tão sensível como o de final de vida.

Atualmente, o projeto de lei nº 149/2018 tem como relatora a senadora Mara Gabrilli e se encontra em tramitação aguardando audiência pública.

7.4. Projeto de Lei nº 883/2020

Finalmente, existe um último projeto de lei nº 883/2020⁷¹, que versa sobre o contexto do presente trabalho. Esse, por sua vez, regulamenta a prática dos cuidados paliativos nos serviços de saúde no território nacional e disciplina os direitos do paciente em fase terminal de vida a cuidados paliativos adequados e a uma morte digna e sem dor.

O projeto estabelece, ainda, a litude de o médico e os demais profissionais de saúde que assistem ao paciente em fase terminal de vida, mediante consentimento informado do paciente ou de seu representante legal, limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos desproporcionais ou extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida.

70 GODINHO, A.M.; LEITE, G.S.; DADALTO, Luciana (coord.). Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. [S. l.: s. n.], 2017.

71 SENADO FEDERAL. Projeto de Lei nº 883/2020. Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional. [S. l.]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 22 nov. 2022.

Em verdade, projeto de número 883/2020 tem como justificativa regulamentar legalmente o que já é estabelecido como o procedimento aconselhado pelo Conselho de Ética médica nas resoluções anteriormente tratadas, alinhadas com a abordagem ortotanásica, que visa a garantir a qualidade de vida mínima nos momentos finais dos pacientes.

A falta de legislação em vigor acerca da dignidade nos momentos finais de vida demonstra uma verdadeira omissão do poder legislativo, falhando em atuar dentro da sua função primária, qual seja de elaborador de normas que abarquem os anseios da população e em defesa de direitos fundamentais. O tema, apesar de não ser um dos assuntos mais abordados no cotidiano da sociedade brasileira, é de singular importância e tem potencial de melhorar significativamente os momentos finais de pacientes que vivem em intenso sofrimento, afinal, o aumento da expectativa de vida experimentado no país perde a razão de ser se não for acompanhado de qualidade nos momentos adicionais. Assim, não é aceitável uma perpetuação da omissão legislativa aqui tratada, vez que a população certamente vai ansiar cada vez mais por uma regulamentação do tema, de modo a se ver amparada em momentos delicados e decisivos.

8. CONCLUSÃO

Abordar a morte como um tema de um trabalho científico oferece desafios que já se iniciam na dificuldade em debater o assunto, disso decorre o motivo dessa escolha. É necessário retirar o peso e a dificuldade que paira sobre o tema morte, sobretudo porque ela é a única certeza de quem vive.

O capítulo inicial da pesquisa trouxe a importância do instituto da dignidade humana, buscando determinar sua natureza jurídica e seu conteúdo, com o escopo de evitar interpretações equivocadas nos capítulos seguintes. Além disso, o capítulo inicial também trouxe pontuações acerca da tutela do Estado sobre a vida humana, mostrando o choque entre o princípio da dignidade humana e o direito à vida em situações nas quais pacientes com doenças terminais são mantidos vivos artificialmente em sofrimento por tempo indeterminado. O apanhado teórico feito no capítulo foi de suma importância para a compreensão do tema morte digna de modo holístico.

Passou-se, então, no segundo capítulo, a fazer considerações importantes acerca do consentimento e da autonomia, diferenciando informação de esclarecimento, concluindo que para haver o real esclarecimento do paciente acerca de seu quadro clínico, faz-se

necessário uma boa e sólida relação para com o médico, que é o responsável por expor e explicar tudo o que diz respeito ao enfermo, isso para que, posteriormente, esse último possa tomar alguma decisão acerca da abordagem ou do tratamento que deseja ou não que seja aplicado no seu caso. O capítulo, portanto, mostrou a importância da boa relação médico-paciente, além de ter tratado da autonomia prospectiva, vertente que se faz presente precipuamente no contexto que se busca elucidar, qual seja, da construção de um direito a morte digna.

A partir da autonomia prospectiva, o capítulo terceiro passou a fazer considerações acerca das diretivas antecipadas de vontade, documentos de manifestação de preferências a serem utilizados quando o indivíduo não tiver capacidade de se manifestar. O capítulo aborda as espécies de documentos e demonstra que nos Estados Unidos o debate acerca dos documentos em questão se encontra bastante avançado, em contraste com a realidade brasileira, que é de atraso legislativo no que diz respeito ao assunto.

O capítulo quatro, assim, trouxe explicações acerca dos institutos que tratam da morte, quais sejam a eutanásia, o suicídio assistido, a ortotanásia e a distanásia. O presente detalhamento foi importante para demonstrar quais as escolhas possíveis pelos pacientes em situação de final de vida. Além disso, deixou claro como as modalidades abordadas são tratadas pelo ordenamento jurídico nacional, e, conseqüentemente, quais são as opções para os pacientes terminais dentro do território nacional. A grosso modo, a abordagem acolhida pelo ordenamento pátrio é a ortotanásia, promovendo cuidados paliativos aos pacientes em final de vida, ao passo que a distanásia é rechaçada pelas normas nacionais e que a eutanásia e o suicídio assistido são considerados crimes.

No capítulo cinco, buscou-se mostrar como o tema é tratado para além dos limites do território nacional, para isso foram elencados e abordados, de modo breve, todos os países que permitem o procedimento de morte medicamente assistida, o que mostrou que a reflexão acerca da morte digna se mostra presente em países como Holanda e Bélgica desde a década de 90. Além disso, o detalhamento de outras realidades ajudou a visualizar como o tema pode evoluir dentro do território brasileiro.

Por fim, o capítulo seis teve o objetivo de apresentar como o tema morte digna é tratado pelas normas brasileiras. Assim, foram apresentadas resoluções e projetos de lei em tramitação, deixando claro que a abordagem brasileira do tema ainda é muito tímida e que o Poder Legislativo, responsável pela elaboração de legislação no país ainda se omite diante

desse polêmico assunto, o que perpetua a situação de sofrimento dos pacientes terminais mantidos vivos artificialmente.

Nesse diapasão, frente a realidade que é a morte, a pesquisa demonstrou que sustentar o direito do indivíduo em realizar escolhas para sua finitude, a resguardar o direito pela autonomia diante de situações em que as consequências da escolha serão suportadas principalmente pelo paciente, é resultado de um tratamento com base na dignidade da pessoa humana e torna possível de concluir como fundamento de um regime democrático o respeito pelas escolhas individuais, ainda que as consequências dessas escolhas acarrete a morte, desde que tomadas com liberdade e consciência.

A falta de garantia ao respeito de escolhas individuais, ainda que no final da vida, reforçam a necessidade do resguardo aos direitos fundamentais e a importância da existência de instituições sólidas que compreendam seu papel, ainda que diante de críticas, que é a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. O debate público acerca da morte, é de extrema complexidade, mas se faz necessário, tendo em vista o caráter constitucional de cunho fundamental que é o direito a morte digna.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. 3. reimpressão. – Belo Horizonte: Fórum, 2014

BARROSO, L.R. **A Dignidade Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público, [s. l.], 11 dez. 2010. Disponível em: https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_textobase_11dez2010.pdf. Acesso em: 2 nov. 2022.

BARROSO, L. R. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. [S. l.: s.n.], 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 out. 2022.

CASTRO, M.P.R. **Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática**. Bioética, [S. l.], p. 355-367, 13 jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3615/361546419019/html/#B12>. Acesso em: 30 nov. 2022.

CONGRESSO NACIONAL. **Decreto-lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940, de 31 de dezembro de 1940**. Código Penal. [S. l.], 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 9 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**, Diário Oficial da União, p. 269-270, 18 out. 2022. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOL%20C7%20C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012>. Acesso em: 18 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução número 1.805/2006**. [S. l.], 9 nov. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 17 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução. Aprova o Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, Diário Oficial da União, 27 set. 2018. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=15535&tipo=RESOLUC7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2217&situacao=VIGENTE&data=27-09-2018>. Acesso em: 18 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.232/2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. [S. l.], 16 set. 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CORADAZZI, A. **Obstinação terapêutica: quando menos é mais**. *In*: Obstinação terapêutica: quando menos é mais. [S. l.], 25 nov. 2021. Disponível em: <https://centrodeoncologia.org.br/sua-saude/obstinacao-terapeutica-quando-menos-e-mais/>. Acesso em: 6 set. 2022.

DODGE, Raquel Elias Ferreira. **Eutanásia - aspectos jurídicos**. Bioética, Revista, v. 7, p. 15-22, 1 fev. 1999. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/299. Acesso em: 18 out. 2022.

GODINHO, A.M.; LEITE, G.S.; DADALTO, Luciana (coord.). **Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna**. [S. l.: s. n.], 2017.

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

GUEDES, I.R.M.T. **Direito de Morrer com Dignidade como Exercício da Autonomia da Vontade**. [S. l.: s. n.], 2021. 138 p.

GUIMARÃES, Marcello Ovídio Lopes. **Eutanásia- novas considerações penais**. São Paulo: Editora J.H. Mizuno, 2011.

LIMA, Vitória de Souza. **Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica**. Brazilian Journal of Health Review, [s. l.], 5 abr. 2021. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/27710/21918?__cf_chl_tk=yhy_DzAj7sVa.s.7Hr2gneP9VmphiT5doQDxBwvwtJQ-1670116589-0-gaNycGzNCOU. Acesso em: 27 nov. 2022.

MATIAS, A.G. **A eutanásia e o direito à morte digna à luz da Constituição**. 2004. TCC (Bacharelado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, [S. l.], 2004. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41190/M339.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 out. 2022.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

OLIVEIRA, L.C. (org.). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <http://controlecancer.bvs.br/>. Acesso em: 13 out. 2022

PESSINI, Leocir. **Eutanásia: Por que abreviar a vida?** 1. ed. [S. l.]: Edições Loyola, 2004. 384 p.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **AUTONOMIA PARA MORRER: Eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2. ed. rev. atual. e aum. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. 217 p.

SANTOS, Laura Ferreira dos. **Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental no século XXI**. Lisboa: Sextante, 2009.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 883/2020**. Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional. [S. l.]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 149/2018**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. [S. l.]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SOUZA, Renata Cristina Nascimento. **A eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro**. 2021. 69 f. Monografia (Graduação em Direito) - Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021. SOUZA, Renata Cristina Nascimento. A eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro. 2021. 69 f. Monografia (Graduação em Direito) - Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021.