

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE DIRETO**

MAINARA DA SILVA

**REFLEXÕES LEGAIS E BIOÉTICAS SOBRE A TERMINALIDADE DA VIDA: UM
ESTUDO SOBRE ORTOTANÁSIA E A DISTANÁSIA DIANTE DO DIREITO
BRASILEIRO.**

CRICIÚMA/SC

2015

MAINARA DA SILVA

**REFLEXÕES LEGAIS E BIOÉTICAS SOBRE A TERMINALIDADE DA VIDA: UM
ESTUDO SOBRE ORTOTANÁSIA E A DISTANÁSIA DIANTE DO DIREITO
BRASILEIRO.**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado para obtenção do Grau de
Bacharel no curso de Direito da
Universidade do Extremo Sul Catarinense,
UNESC.

Orientador: Prof. Dr. João Mello

CRICIÚMA/SC

2015

MAINARA DA SILVA

REFLEXÕES LEGAIS E BIOÉTICAS SOBRE A TERMINALIDADE DA VIDA: UM ESTUDO SOBRE ORTOTANÁSIA E A DISTANÁSIA DIANTE DO DIREITO BRASILEIRO.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do Grau de Bacharel no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. Dr. João Mello

Criciúma, 03 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. João Mello - Orientador

Prof^a. Rosângela Del Moro - UNESC

Prof^a. Sheila Martignago Saleh - UNESC

Dedico a minha família todo o meu esforço e êxito, por terem sido nestes cinco anos, a minha maior motivação para a concretização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pelas oportunidades que me foram dadas na vida, as quais foram de vital importância para minha formação pessoal e intelectual.

À minha família por todo incentivo, pela ajuda e carinho que me foram dados ao longo deste percurso, confiando em mim e me dando a oportunidade de concretizar e encerrar mais uma etapa da minha vida.

Não poderia deixar de agradecer o meu namorado, que durante esses cinco anos de estudo, me deu toda força e incentivo para seguir em frente, tornando-se indispensável para a efetivação desta conquista.

O professor orientador João Mello, por ter orientado a minha caminhada para a realização deste trabalho.

As professoras Rosângela Del Moro e Sheila Martignago Saleh por terem aceitado participar da minha banca e terem contribuído de forma tão satisfatória.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que me oportunizaram esta formação acadêmica.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, deixo aqui os meus sinceros agradecimentos.

Muito Obrigada!

“Desconfie do destino e acredite em você. Gaste mais horas realizando que sonhando, fazendo que planejando, vivendo que esperando, porque, embora quem quase morre esteja vivo, quem quase vive, já morreu.”

Sarah Westphal

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal analisar reflexões legais e bioéticas sobre a terminalidade da vida, bem como os procedimentos de ortotanásia e distanásia diante do direito brasileiro. Para o alcance deste objetivo, a metodologia utilizada foi a de pesquisa bibliográfica, através do método dedutivo entre revistas, livros, artigos científicos, doutrinas, legislações e jurisprudência. No primeiro capítulo foi abordado o histórico e o conceito de bioética, assim como seus princípios norteadores, quais sejam, o princípio da autonomia, princípio da beneficência, princípio da não-maleficência e o princípio da justiça. Neste capítulo também se versou sobre a relação existente em bioética e biodireito, inclusive o surgimento deste. No segundo capítulo tratou-se acerca da terminalidade da vida. Posteriormente, as definições dos procedimentos de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia. No terceiro e último capítulo, buscou-se interpretar a responsabilidade dos médicos e familiares diante de decisões tomadas referente ao paciente. Este mesmo capítulo ainda traz as decisões dos tribunais, bem como as resoluções 1805/2006 e 1931/2009 referentes ao procedimento de ortotanásia. Por fim, conclui-se a importância do estudo destes procedimentos – ortotanásia e distanásia – uma vez que estão diretamente ligados ao direito à vida.

Palavras-chave: Ortotanásia; Distanásia; Bioética; Biodireito; Direito à vida.

ABSTRACT

This dissertation is meant to examine legal and bioethical reflections on the life of terminally and the orthothanasia procedures and dysthanasia against the Brazilian law. To achieve this objective, the methodology used was the bibliographical research, through deductive method of magazines, books, scientific articles, doctrines, laws and jurisprudence. In the first chapter was discussed the history and concept of bioethics, as well as its guiding principles, namely, the principle of autonomy, the principle of beneficence, non-maleficence principle and the principle of justice. This chapter also expounded on the relationship in bioethics and biolaw, including the emergence of this. In the second chapter treated about terminally life. Subsequently, the definitions of euthanasia procedures, dysthanasia, orthothanasia and mistanásia. In the third and final chapter, it sought to interpret the responsibility of doctors and relatives against decisions concerning the patient. This chapter also brings court decisions and resolutions 1805/2006 and 1931/2009 concerning orthothanasia procedure. Finally, it is clear the importance of the study of the following - orthothanasia and dysthanasia - as it is directly linked to the right to life.

Keywords: orthothanasia; dysthanasia; bioethics; biolaw; Right to life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. BASE CONCEITUAL DA BIOÉTICA	11
2.1 SURGIMENTO DA BIOÉTICA	11
2.1.1 Princípios norteadores da Bioética	12
2.1.1.1 Princípio do respeito pelas pessoas (posteriormente traduzido para princípio da autonomia).....	13
2.1.1.2 Princípio da beneficência (prática ou virtude de fazer o bem, de beneficiar o próximo).....	15
2.1.1.3 Princípio da não-maleficência (<i>Primum non nocere</i>).....	16
2.1.1.4 Princípio da Justiça (caráter ou qualidade do que está em conformidade com o que é justo ou equânime)	17
2.2 RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE BIOÉTICA E BIODIREITO	19
2.2.1 Surgimento do Biodireito	19
2.2.2 Relação entre Bioética e Biodireito	21
3. TERMINALIDADE DA VIDA	22
3.1 DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA	25
3.1.1 Definição de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia	25
3.1.1.1 Eutanásia como o procedimento que proporciona ao paciente uma morte tranquila.....	25
3.1.1.2 Distanásia: o método para prolongar a vida	27
3.1.1.3 Ortotanásia: objetivação de uma morte digna	30
3.1.1.4 Mistanásia: a morte sem assistência.....	33
4. RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS E FAMILIARES	34
4.1 DECISÕES NOS TRIBUNAIS	40
4.2 RESOLUÇÕES	41
5. CONCLUSÃO	47
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho abordará o estudo sobre a terminalidade da vida, mais precisamente, na aplicação dos procedimentos de ortotanásia e distanásia quando o paciente encontra-se no fim da vida.

É de suma relevância destacar-se a importância que na devida aplicabilidade do princípio do direito à vida, basilar de demais princípios, pois é através deste que os demais se consolidam. Torna-se evidente que esta importância não faz do direito à vida um dever, mas como direito de todo cidadão, esta deve ser digna respeitando todos os direitos pertinentes a ela, buscando sempre o bem estar do ser humano.

Não há que falar em princípio do direito à vida sem que seja feita uma conexão ao princípio da autonomia. O princípio da autonomia foi um grande marco na história, uma vez que se tornou conquista dos cidadãos, caucado no direito a liberdade. Esta liberdade refere-se a autonomia da pessoa, de poder decidir quais serão seus atos, quais as suas escolhas, dentre outras vontades, salvo aquelas ilícitas.

Uma segunda conexão que pode ser feita ao princípio do direito á vida é o princípio da dignidade da pessoa humana. Toda pessoa deve viver dignamente, da forma que escolher.

Neste mesmo âmbito, o debate gira em torno da limitação do direito á vida. Mostra-se aqui que o direito á vida vai do nascer ao morrer, desta forma estando a critério do paciente ou de seu representante a forma como esta vai ocorrer. Tenta-se entender até que ponto o bem protegido da vida pode sofrer intervenções.

Num primeiro momento, explanar-se-á o histórico e o conceito de bioética e seus pertinentes princípios, quais sejam os princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e o da justiça, que são pertinentes a todo ser humano. Posteriormente, será abordado o surgimento do biodireito e sua correlação com a bioética.

O capítulo subsequente versará sobre a terminalidade da vida, abordando direitos e princípios pertinentes ao paciente. Por conseguinte, será tratado o tema

foco deste trabalho, qual seja a definição de ortotanásia e distanásia. Neste mesmo plano será explanado o conceito de eutanásia e mistanásia, para que se entenda a diferença dos procedimentos base desta monografia.

Ulteriormente passar-se-á analisar a responsabilidade dos médicos e familiares. Seguidamente será mencionado a posição dos tribunais frente ao processo de ortotanásia e distanásia. E por fim, será estudado as Resoluções de números 1805/2006 e 1931/2009.

Os critérios de pesquisa para a elaboração deste trabalho será: o estudo das pessoas em estado terminal, observando-se se há possibilidade de escolha diante de um tratamento paliativo, que esteja em consonancia com o ordenamento jurídico brasileiro, a partir das publicações das Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Faz-se necessário esclarecer que o fito principal deste trabalho não é esgotar as dúvidas que circulam os procedimentos de ortotanásia e distanásia, mas esclarecer que o ser humano é um ser livre para fazer suas escolhas, ou seja, autônomo, e quando privado destas, torna-se um ser privado de liberdade que é atributo peculiar da dignidade da pessoa humana.

2. BASE CONCEITUAL DA BIOÉTICA

Para dar início a análise acerca da ortotanásia e distanásia diante do direito brasileiro, se faz necessária a conceituação de Bioética. No presente capítulo mostra-se como se deu o surgimento da Bioética, seus princípios norteadores, o surgimento do biodireito e a relação existente entre ambos.

2.1 SURGIMENTO DA BIOÉTICA

Alguns fatores se tornaram cruciais para o surgimento e evolução da bioética, elementos tais como: o crescimento de uma sociedade utilitarista, individualista e marcada pelo alto consumo; conflito de interesses; a instauração de um universo fracionado e pouco congruente; um crescimento econômico do pós guerra. Nas palavras de Durand:

O mundo, pelo menos o ocidental, é sacudido, no meio do século XX, por uma profunda mutação cultural. É nesse horizonte que podem ser encontrados diversos fatores particulares que podem explicar de modo mais imediato o surgimento da bioética: alguns diretamente ligados à evolução cultural (fatores externos), outros provenientes de escândalos ou de choques ocorridos no próprio mundo da saúde (fatores internos). (2007, p.27).

Acarretada a uma mutação cultural, a Bioética popularizou-se. Isto ocorreu no ano de 1971, nos EUA e na Europa como uma forma consolidada das questões relacionadas com a vida e a morte das pessoas. Porém, foi quando o biólogo e oncologista Van Rensselaer Potter, da Universidade de Wisconsin, Madison, EUA, publicou o livro *Bioethics: bridge to the future*, que a bioética começou a ser discutida. Assim definia Potter (1971), citado por Oliveira: “Escolho ‘bio’ para representar o conhecimento biológico dos sistemas vivos, e escolho ‘ética’ para representar o conhecimento dos sistemas de valores humanos.” (POTTER, 1971 *apud* OLIVEIRA et al. 2004, p. 75). O enfoque da bioética está no unir a ética com a biologia.

Para Potter o significado do termo bioética estaria voltado a importância das ciências biológicas para a salvação do planeta, uma acepção diferente do

atribuído hoje. O biólogo e oncologista entendia que o mundo sofreria futuramente, isto, devido ao crescimento descontrolado da sociedade industrial e de sua tecnologia.

No ano de 1971 o obstetra, fisiologista fetal e demógrafo Andre Hellegers fundou o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study on Human Reproduction of Bioethics*, que em 1979 passou a chamar-se *The Kennedy Institute of Ethics*. Este instituto trouxe a aplicação da expressão bioética à ética na medicina e nas ciências biológicas. Diferente de Potter, Hellegers entendia a bioética como o estudo do ser humano e às biociências humanas, sendo este o entendimento que se firmou.

No decorrer do tempo passou-se a delimitar a bioética como ética das ciências da vida e da saúde. De acordo com Junges:

Portanto, ela vai além das questões éticas relativas à medicina para incluir os temas de saúde pública, problemas populacionais, genética, saúde ambiental, práticas e tecnologias reprodutivas, saúde e bem-estar animal, e assim por diante.

Nesse sentido, é importante usar o termo “bioética” no seu sentido global, enquanto referido às ciências da vida e da saúde e depois acrescentar adjetivos para especificar as diferentes áreas de preocupação: Bioética médica, Bioética ecológica, Bioética clínica; Bioética da enfermagem, Bioética da pesquisa genética, Bioética social, Bioética animal, etc. (1999, p.19-20).

Este significado de bioética levou ao conhecimento moral normativo atribuído a princípios éticos a serem praticados.

2.1.1 Princípios norteadores da Bioética

No início do século XX enfermos social e mentalmente fragilizados eram usados como sujeitos de experimentação. Foi então neste período que o congresso americano criou em 1977 a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, elaborando princípios reguladores da bioética, os quais auxiliariam a resolver casos, sem que fossem violados valores da pessoa, de sua vida, liberdade e autonomia. Parte destes princípios constituídos estão no *Belmont Report (1978)*. O relatório de Belmont foi desenvolvido para que através destes princípios, os cientistas pudessem encontrar uma ajuda para compreender os conceitos éticos pertinentes à experimentação com seres humanos.

O fito principal da criação dos princípios bioéticos se deu a partir do momento em que se viu a necessidade de uma abrangência dogmática, onde fossem definidos o que era ou não razoável eticamente. Acreditou-se na ideia de que estes princípios trariam uma solução ética normativa, que coibisse o desenvolvimento da pesquisa e da biotecnologia, o que não ocorreu, porém, serviram para garantir os direitos de todo ser humano.

2.1.1.1 Princípio do respeito pelas pessoas (posteriormente traduzido para princípio da autonomia)

Autonomia vem do termo derivado do grego *autos* (próprio, eu) e *nomos* (regra, domínio, governo, lei). A autonomia assim como a dignidade da pessoa humana, de forma indiscutível é um dos pilares de uma sociedade democrática de direito.

O princípio do respeito pelas pessoas segundo valores e crenças pessoais, logo traduzido para princípio da autonomia, se torna parte da bioética uma vez que necessitou-se da autonomia dos pacientes para frear o paternalismo médico e sua prática de atos abusivos e manipuladores.

Um artigo publicado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, assim definiu autonomia:

Autonomia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas a sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Pressupõe existência de opções, liberdade de escolha e requer que o indivíduo seja capaz de agir de acordo com as deliberações feitas. O respeito a autodeterminação fundamenta-se no princípio da dignidade da natureza humana, acatando-se o imperativo categórico kantiano que afirma que o ser humano é um fim em si mesmo. Algumas variáveis contribuem para que um indivíduo torne-se autônomo, tais como condições biológicas, psíquicas e sociais. Podem existir situações transitórias ou permanentes que uma pessoa pode ter uma autonomia diminuída, cabendo a terceiros o papel de decidir. A autonomia não deve ser confundida com individualismo, seus limites são estabelecidos com o respeito ao outro e ao coletivo (TORRES, 2007)

Na mesma linha de raciocínio do artigo supracitado, Kant (WEBER, 2013) diz que a vontade de um indivíduo é autônoma, baseada na sua razão, já que se encontra regulada por desejos e não por uma lei própria. Todo o ser racional deve-

se considerar um criador de uma legislação universal – daí a derivação do imperativo categórico kantiano de que todo ser humano é um fim em si mesmo.

Segundo pensamento de Weber:

“A liberdade é o conceito-chave para explicar o princípio de autonomia. A liberdade da vontade é autonomia ou, em outras palavras, uma vontade livre é equivalente a uma vontade autônoma. Este é o único princípio da moralidade. [...] Para uma vontade ser realmente boa deve ser orientada pelo imperativo categórico, isto é, indeterminada a respeito de objetos e determinada somente pela forma do querer. Autonomia implica, então, “ a aptidão da máxima de toda a boa vontade de se transformar a si mesma em lei universal”. O critério é poder querer para todos o que se quer para si. É a autonomia da pessoa humana entendida como autodeterminação”. (2013)

O princípio da autonomia se firma no chamado consentimento informado. Este consentimento visa a comunicação entre médico e paciente, tendendo sempre a uma harmonia entre ambos. Busca-se aqui a escolha voluntária do paciente, deixando-o a par dos prós e contras. O paciente passa a ter o direito de fazer parte no diagnóstico e no prognóstico. Tem o poder de decidir se aceita ou não o que possa se fazer nele.

Assim bem elucida Junges:

O ato de consentimento deve ser genuinamente voluntário e basear-se na revelação adequada das informações. Nesse sentido, engloba elementos de informação e elementos de consentimento. Fazem parte do primeiro a revelação das informações em conformidade com o nível de capacitação do doente e de sua compreensão adequada; do segundo: o consentimento voluntário e a competência para o consentimento. (1999, p. 43).

A liberdade e a opção tornam-se ferramentas indispensáveis, que é o alicerce da autonomia.

Bem explica Segre e Cohen:

O respeito a um agente autônomo é reconhecer que existem capacidades e perspectivas pessoais, incluindo o direito dele examinar e fazer escolhas, para tomar atitudes baseadas em valores e crenças pessoais. Esse respeito à autonomia envolve considerar e capacitá-lo a agir autonomamente. É o verdadeiro respeito, incluindo a ação de respeitar, não mera adoção de um certo princípio. (2002, p. 87).

Na relação médico-paciente ambos devem ser competentes e, por conseguinte, livres para avaliarem as possíveis opções, o que resulta numa escolha consciente e consequente.

2.1.1.2 Princípio da beneficência (prática ou virtude de fazer o bem, de beneficiar o próximo)

É definido como a manifestação da benevolência ou da procura e realização do bem.

Diferente de Thomas Hobbes, que em seu texto apresentava uma sociedade egoísta, de autoconservação e competição, Platão, Aristóteles e Kant acreditavam na benevolência vinculada a paixões e sentimentos e diziam que esta

(1) é uma disposição emotiva que tenta fazer bem aos outros; (2) é uma qualidade boa do caráter das pessoas, uma virtude; (3) é uma disposição para agir de forma correta; (4) de forma geral a possuem todos os seres humanos normais. (CLOTET, 2003, p. 60)

O princípio da beneficência se tornou a primazia mais importante, pois busca o bem do paciente. É o fim primário de toda profissão que está diretamente ligado à saúde e à vida do ser humano.

Clotet, Feijó e Oliveira assim definem este princípio:

O princípio da beneficência busca o bem do paciente, seu bem-estar e interesses de acordo com os critérios do bem fornecidos pela medicina ou por outras áreas da saúde onde as pessoas envolvidas estão inseridas. Na prática, esse princípio implica usar todas as habilidades e conhecimentos técnicos a serviço do paciente maximizando benefícios e minimizando riscos. Nota-se aqui a influência do cálculo utilitarista e pede que o profissional vá além do princípio da não-maleficência, pois requer ações positivas. (2005, p. 17-18).

O fito principal deste princípio é a obrigação de impedir o dano, buscando sempre a potencialização dos benefícios e a minoração dos riscos.

Assim diz o Juramento de Hipócrates extraído do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo:

Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. **Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.** A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados. Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele afastar ou infringir, o contrário aconteça. (CREMESP, grifo nosso.)

A citação anterior é o juramento feito por profissionais da área da saúde, dos quais se responsabilizam em cuidar do enfermo, sempre fazendo o bem.

2.1.1.3 Princípio da não-maleficência (*Primum non nocere*)

Assim dizia a tradição hipocrática: “cria o hábito de duas coisas: socorrer, ou, ao menos não causar danos”. (CLOTET, 2003, p. 164 – 165).

O *Primum non nocere* é a obrigação de não praticar o mal ou dano aos outros, não só o dispêndio atual, como também os futuros. O objetivo deste princípio é o de não causar o dano intencional.

O médico deverá ter uma ação moralmente boa, ou ao menos, indiferente. O fim a que se busca deve ser honesto, onde a pessoa do agente deverá sempre procurar o efeito bom e não o mau, sendo que o efeito mau não deve ser caminho para se chegar ao bom, pois o fim não justifica os meios. Deve-se ainda sempre haver proporcionalidade. A aceitação do efeito negativo deve no mínimo ser harmônico em vista do bem a ser conseguido (princípio do duplo efeito).

Loch e Souza:

De acordo com o princípio da não maleficência, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seus paciente. considerado por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, esse preceito, mais conhecido em sua versão para o latim (*primum non nocere*), é utilizado frequentemente como uma exigência moral da profissão médica. Trata-se, portanto, de um mínimo ético, um dever do ofício, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má prática ou prática negligente da medicina ou das demais profissões da área biomédica. (2014, p. 107)

Na mesma linha de raciocínio segue palavras de Silva:

Reconhecido como o princípio de não-malefício (não-maleficência) [...] , ressalta que o fim primário da medicina é o de promover ativamente o bem, procurando abster-se da ação de prejudicar. É um princípio que reflete a circunstância de que a preocupação moral deve sempre procurar os bens, evitando, por conseguinte, os prejuízos. No caso específico da medicina, o que está em questão é o bem-estar do paciente e seus interesses. Esta regra tem o sentido de nortear a prática médica que se vê impelida a buscar o “bom” para o doente em relação à sua situação concreta. (2004, p.101 - 102)

O profissional da saúde deve usar o seu saber e profissionalismo para ajudar o paciente, e não prejudicá-lo. Em consonância com a citação anterior, cabe ao agente zelar pela vida do paciente. É de extrema repulsão o ato nocivo causado intencionalmente.

O que diverge este princípio do princípio da beneficência, é que neste requer-se uma ação, enquanto aquele envolve uma continência.

2.1.1.4 Princípio da Justiça (caráter ou qualidade do que está em conformidade com o que é justo ou equânime)

De todos os princípios bioéticos, aqueles que estão relacionados à justiça são os mais comuns, uma vez que se relacionam com grande parte das ações humanas.

Este princípio tem como enfoque a sociedade. Visa a aplicação de direitos fundamentais de igualdade e a necessária equidade na distribuição dos recursos.

Nas palavras de Sá e Neves:

Sob a veste da Bioética, o Princípio da Justiça assume sua feição principal a da justiça como equidade. Propõe-se a imparcialidade ou distribuição

equânime dos riscos e dos benefícios, que repercutem diretamente nas desigualdades sociais, evitando, destarte, discriminações e injustiças na política e na intervenção sanitária. (2004, p. 95)

A igualdade que este princípio procura, é a igualdade do tratamento entre os seres humanos perante o Estado, e da justa distribuição de recursos para a saúde. Por óbvio não se busca igualdade no tratamento dos casos, pois são diferentes as situação, mas sim os valores essenciais da dignidade da pessoa humana.

Nas palavras de Sgreccia:

[...] a obrigação de igualdade de tratamento e, em relação ao Estado, de justa distribuição de verbas para a saúde, para a pesquisa etc. Isto, não quer dizer, certamente, tratar a todos do mesmo modo, pois são diferentes as situações clínicas e sociais, deveria comportar, todavia, a adesão de alguns dados objetivos, como, por ex., o valor da vida e o respeito a uma proporcionalidade das intervenções. (2002, p.167)

O princípio da justiça pode ser distinguido por duas vertentes, quais sejam a formal e a material, e é através destas duas que se preenchem lacunas do principialismo.

O princípio da justiça formal é chamado desta forma por não apresentar determinações para configurar os iguais, ou seja,

não estabelece as circunstâncias específicas nas quais os iguais devem ser tratados de modo igual e não fornece critérios para que se determine se dois ou mais indivíduos são de fato iguais; o princípio simplesmente afirma que, quaisquer que sejam as circunstâncias relevantes em questão, as pessoas que forem iguais com respeito a elas deveriam ser tratadas de modo igual. (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p.354)

Já o princípio da justiça material é chamado desta forma por estar associado ao princípio da necessidade. Assim, segundo Beauchamp e Childress:

[...] afirma que a distribuição baseada na necessidade é justa. Dizer que uma pessoa precisa de algo é dizer que sem isso a pessoa será lesada, ou pelo menos afetada de modo prejudicial. [...] Presumivelmente, estamos interessados apenas em *necessidades fundamentais*. [...] Se analisarmos melhor as noções de necessidade fundamental e de bem primário, o princípio material de necessidade poderia ser progressivamente especificado e adaptado a uma política pública voltada para a distribuição. (2002, p.355)

O princípio da justiça formal e material versam tão somente sobre o tratamento para com as pessoas – “tratar igualmente os iguais como iguais e diferentemente os desiguais [...]” (DALL’AGNOL, 2004, p.49) – de maneira a atender suas necessidades.

A relação existente entre este princípio e os demais supracitados, é de que o princípio de justiça é a soma de todos ditos anteriormente, e faz com que estes sejam aplicados – como o próprio nome já diz – com justiça.

2.2 RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE BIOÉTICA E BIODIREITO

Embora seja de difícil percepção uma comparação entre temas com peculiaridades distintas, há uma associação entre bioética e biodireito. Estes dois paradigmas se fundem em prol da segurança da vida humana.

2.2.1 Surgimento do Biodireito

Com o surgimento da bioética foi criada uma expectativa de que haveria uma espécie de freio no desenvolvimento técnico-científico, porém não foi o que aconteceu, a bioética não obteve forças suficientes para limitar o progresso acelerado da ciência.

O biodireito surgiu como um limitador de ações. Este veio para juntar doutrina, legislação e jurisprudência, em prol da regulação de conduta, resultado do avanço biotecnológico e da biomedicina.

No mundo da biomedicina sempre houveram limitadores naturais, representados pelas crenças religiosas, razões éticas e culturais, porém muitas vezes se tornaram incapazes de restringir algo. Sentiu-se a necessidade da valoração que a sociedade dava para determinado caso, valoração esta que seria digna de proteção, estabelecendo o que é permitido e o que é obrigatório.

Nas palavras de Barboza e Barreto:

A difícil tarefa de estabelecer esses valores tem sido desempenhada pelo Direito, embora o rápido desenrolar dos acontecimentos, não raro atrepele o ordenamento, exigindo do jurista esforço interpretativo para adequar as normas existentes às novas situações, mantendo íntegro o sistema vigente,

fato que tem se acentuado nas últimas décadas, graças ao acelerado desenvolvimento tecnológico e biomédico [...] Cabe a direito, por meio de lei, entendida como expressão da vontade da coletividade, definir a ordem social, na medida em que dispõem dos meios próprios e adequados para que essa ordem seja respeitada. (2003, p. 59)

Nota-se que a citação acima denota a relação entre valores éticos e direito, porém, não se quer que a criação de um ordenamento regulador seja consequência de toda nova ciência, pois estaríamos colocando o direito à reboque desta. O biodireito é a soma da ciência com o direito, e não, um consequência do outro; são complementos.

O biodireito está diretamente ligado aos princípios fundamentais vigentes na Constituição Federal de 1988. Assim bem elucida Barboza e Barretto:

Impõe-se observar que não há em nossa Constituição um capítulo “dedicado” ou “pertinente” à Bioética ou ao Biodireito. Na verdade, todas as disposições constitucionais relativas à vida humana, sua preservação e qualidade, estão imbricadas com o Biodireito, que não se restringe às questões atinentes à saúde, ao meio ambiente ou à tecnologia. [...] pode-se afirmar que há disposições mais diretamente vinculadas à matéria tratada no âmbito do Biodireito. Algumas de caráter mais geral, com eficácia derogatória e diretiva de todas as regras que envolvam o ser humano, estão compreendidas dentre os Princípios Fundamentais [...] (2003, p. 74)

O biodireito permanece sobreposto às aplicações dos direitos fundamentais ao caso concreto, o que mostra com maior convicção a sua derivação da Constituição Federal.

Apesar de sua relevância, o biodireito não encontra consagração como ciência jurídica. Encontra-se no prisma dos direitos da 3º dimensão, do qual trata-se de ordenamentos reguladores diretamente ligados a vida humana, conforme Antonio Carlos Wolkmer (2013).

Cabe salientar que o biodireito foi desenvolvido para servir de limitador entre o respeito às liberdades individuais e atos prejudiciais e/ou violadores da vida humana.

2.2.2 Relação entre Bioética e Biodireito

A bioética surgiu como uma matéria que versaria sobre os questionamentos acerca da vida, levando-se em consideração os valores éticos e morais. Já o biodireito apareceu como uma esfera do direito que aborda a legislação, a jurisprudência e a teoria, concernentes às normas relativas à conduta humana, face aos avanços da biomedicina e da biotecnologia.

Com maior clareza, assim está conceituado em artigo publicado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba:

Tem-se, então, a Bioética como a disciplina que examina e discute os aspectos éticos relacionados com o desenvolvimento e as aplicações da biologia e da medicina, indicando os caminhos e o modo de se respeitar o valor da pessoa humana, como unidade e como um todo. O biodireito como um processo de concretização normativa dos valores e princípios fixados pela ética, tomando como paradigma o valor da pessoa humana. É um novo ramo do direito da vida humana, necessário porque a legislação do passado é insuficiente.

[...] O Direito e a Bioética devem estar lado a lado, cada um cumprindo o seu papel, a Bioética no campo da obrigação moral e o direito elaborando leis legítimas que regulem as atitudes humanas visando à proteção da VIDA. Assim, o Biodireito torna-se um dos pilares da Bioética (2005)

Há de se reconhecer a relação existente entre os termos, – bioética e biodireito – uma vez que um complementa o outro. Em suma, a bioética é o estudo dos valores éticos praticados dentro da sociedade e que vê no biodireito um meio de consolidação normativa de tais valores.

Com o intuito de melhor exemplificar a relação entre bioética e biodireito, faz-se necessária a citação do texto elaborado por Mattioli, intitulado “Princípio ético de justiça – Biodireito”:

Bioética e o biodireito, portanto, caminham *pari passu* na difícil tarefa de separar o joio do trigo, na colheita dos frutos plantados pela engenharia genética, pela embriologia e pela biologia molecular e de determinar, com prudência objetiva até onde as “ciências da vida” poderão avançar sem que haja agressões à dignidade da pessoa humana [...] Emerge daí a finalidade do denominado Biodireito, qual seja a de fixar normas coercitivas que delimitem as atuações biotecnológicas, no sentido de ver respeitada a dignidade, a identidade e a vida do ser humano. Neste sentido, podemos dizer que o Biodireito é a positivação das normas éticas ligadas à ciência da saúde. Está vinculado com aspectos já regulamentados da bioética [...] todas as questões que já pertenceram à bioética [...] (2001).

Não há que se falar em bioética sem fazer uma agregação ao biodireito. Conforme já aludido, estes paradigmas estão interligados. A bioética aparece no mundo jurídico apresentando seus princípios baseados em costumes morais e éticos. O biodireito vem com a função de fazer a devida aplicação de tais princípios, garantindo a proteção da dignidade da pessoa.

3. TERMINALIDADE DA VIDA

Para darmos início ao estudo da terminalidade da vida, necessita-se da abordagem de alguns temas pertinentes a esta, quais sejam, o direito a vida, o direito a saúde, e por fim, o direito a morte digna.

O direito à vida está elencado pela Constituição Federal em seu artigo 5º, garantindo as necessidades básicas do ser humano e proibindo qualquer tratamento desumano:

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 [...].

A vida é algo difícil de se definir, porém compreende-se que ela deixa de estar conexa ao termo vida a partir do momento em que é constatada a morte de um ser, entende-se aí, que a vida chegou ao seu fim.

Vida “é mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal)”. (SILVA, 2011, p.197).

O direito à vida compreende diferentes peculiaridades, que vão do direito de nascer, de permanecer vivo e de defender a própria vida.

É direito de todo ser humano decidir sobre a sua vida, incontestavelmente no mundo em que atualmente vivemos, onde há “discussões cada vez mais agudas em virtude do avanço da medicina, sobre o ato de obstar o nascimento do feto, decidir sobre embriões congelados e ainda optar sobre a própria morte” (RAMOS, 2014, p.465).

Além do direito a vida, temos garantias da qualidade desta, isto é, o direito a saúde.

“A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado” (SILVA, 2011, p.833), que deverá dar assistência, garantia, universalidade e igualdade de acesso, quer dizer, garantia mediante políticas sociais e econômicas.

Desta forma está estatuido na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito à saúde não visa tão somente a prevenção de doenças, mas uma boa qualidade de vida; “um direito que proteja um interesse difuso, não restringindo apenas a curar e evitar as moléstias, mas a ter uma vida saudável” (CATÃO, 2011, p.214 e 215).

O direito à morte, podendo ser lido, direito a terminalidade da vida, está interligado a um fato natural da vida, todos participamos do ciclo nascer, viver e morrer, a única coisa que diferencia a morte dos seres humanos, é a forma como cada um entende esta.

A título de exemplo, temos o Cristianismo onde a vontade do paciente é atendida. Este pode optar por querer ou não um tratamento, por exemplo. Nesta religião se crê na ressurreição, e não na reencarnação. O ser morre apenas uma vez. A morte aqui é concretizada com o óbito, diferente de outras religiões que definem a morte de diversas maneiras e em variados momentos.

Já sob a ótica jurídica, a morte ocorre com o término da atividade cerebral. Qualquer momento anterior a este, o paciente encontra-se em processo de morrer, tendo-se desta forma, que assegurar o direito a dignidade até o fim da vida.

Texto publicado na Revista Visão Jurídica, bem ilustra o direito à morte digna:

Não se trata de eliminar pacientes terminais ou algo semelhante; não se trata de um manejo espartano de vidas e pessoas. Trata-se de observar a dignidade daqueles que estão definhando, em processo de degradação e com a morte certa e próxima, e lhes dar o mínimo de autonomia para encerrar a vida como melhor lhes parecer, evitando a cruel e lenta agonia em uma cama de hospital (LIMA E MAIA)

Embora hajam diferentes modos de definir o que é a morte, uma coisa é certa, não há como afastar a dimensão do fim da vida, uma vez que esta é inerente a qualquer pessoa.

O direito a morte digna versa abrange a vontade do paciente. Este deve ter a sua vontade ou a de seu representante, respeitada. É garantia de todos morrer dignamente.

Arelado a este direito à morte está o princípio da dignidade da pessoa humana. Este princípio vem elencado na Constituição Federal de 1988 em seu art. 1º, inciso III:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I – a soberania;

II – a cidadania;

III – a dignidade da pessoa humana [...]

Assim bem ilustra Möller:

Contudo, pode-se entender que o valor da dignidade da pessoa humana deve ser considerado o princípio fundamental do Estado e da Constituição, abrangendo todos os demais princípios e direitos fundamentais, uma vez que remete às exigências e necessidades humanas consideradas básicas e mais relevantes. (2007, p. 143)

O direito a ser tratado com dignidade supõe o respeito aos interesses críticos da pessoa e seu reconhecimento, ou seja, aquele desígnio que torna a pessoa mais feliz.

A doutrina de São Tomás de Aquino menciona que a pessoa humana é livre com “ capacidade de autodeterminação inerente à natureza humana, de modo que o ser humano, livre por natureza, em razão de sua dignidade, existe por sua própria vontade” (MACIEL, 2013, p.47), desta forma, a pessoa deve ter repetida as suas vontades, conforme seus desejos e crenças.

O princípio da dignidade da pessoa humana é direito fundamental e inegável, por este motivo é possível concluir que este direito nasce com a pessoa, tornando-se inerente a esta.

Segundo texto publicado na Revista de Direito Constitucional e Internacional:

Sendo certo que ele nasce com integridade física e psíquica, chega um momento que seu pensamento igualmente deve ser respeitado, suas ações, seus comportamentos, sua imagem, sua intimidade, sua consciência. Tudo isso, hoje, compõem sua dignidade dentro de um meio social. (2015, p.191)

A pessoa nasce com o direito à vida, tornando-se único possuidor e aplicador de suas pretensões. O direito da dignidade da pessoa humana garante que essas vontades sejam respeitadas, fazendo com que se consumem no momento e da maneira que o detentor destas desejar.

3.1 DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

O que é distanásia? E ortotanásia? Ao fazer essas perguntas à algumas pessoas que não têm contato com a medicina, provavelmente alegariam desconhecer esses termos. Normalmente as pessoas conhecem apenas a tão famigerada (por ser um termo mais popular), eutanásia.

Nos próximos subtítulos passar-se-á diferenciar as técnicas de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia, comumente reputadas apenas na medicina, mas que suas definições são de suma importância para todos.

3.1.1 Definição de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia

3.1.1.1 Eutanásia como o procedimento que proporciona ao paciente uma morte tranquila

O termo eutanásia foi utilizado pela primeira vez, no século XVII pelo filósofo Francis Bacon. Este vocábulo derivou do grego *eu* (boa) e *thanatos* (morte), que pode ser traduzido como “o direito de morrer”. Neste período a eutanásia foi taxada como boa morte, morte tranquila, morte benéfica.

É nas palavras de Rego, Palácios e Batista que aclararemos a eutanásia em um termo hodierno:

Em termos mais contemporâneos, é entendida como a antecipação voluntária do passamento, imbuída de uma finalidade humanitária – sobretudo para a pessoa, mas também para a coletividade à qual pertence o moribundo -, dirigida à suspensão de um sofrimento insuportável. A eutanásia seria, assim, melhor entendida como a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento. (2009, p. 109 e 110)

Atualmente a eutanásia é definida conforme elucidado pelos doutrinadores acima mencionados.

Entende-se como eutanásia, um método para aliviar o sofrimento do enfermo, e é seguindo esta linha de raciocínio que Diniz (2007, p. 298) consolida que “Eutanásia converte-se em um ato de cuidado e de respeito a direitos fundamentais, em especial a autonomia, à dignidade e ao direito de estar livre da tortura.”. A eutanásia ocorre quando o paciente – aqui salienta-se que normalmente trata-se de pacientes em estado terminal - , ciente de sua doença incurável ou quando este encontra-se diante de uma situação irreversível, da qual não terá condições mínimas de uma vida digna, requer do médico uma morte antecipada, visando evitar os futuros constrangimentos que sobrevierem.

A eutanásia se subdivide em “eutanásia ativa” que nada mais é do que a ação, ou seja, a prática deliberada de provocar a morte sem dor do paciente, e a “eutanásia passiva” que se trata da omissão, isto é, a não aplicação de uma medida médica necessária ou a interrupção de uma providência excepcional, com o objetivo de minorar o sofrimento do paciente.

Vale ressaltar que a prática da eutanásia era conceituado como ato realizado por qualquer pessoa, hoje a expressão baseia-se forçosamente na atividade do médico.

É de suma importância destacar-se que a população brasileira é estruturada na fé cristã, onde a vida é considerada uma dádiva criada por Deus e conseqüentemente só retirada por ele, ou seja, somente ele pode determinar o fim da vida humana. Na mesma linha de raciocínio, segue partes do texto intitulado “Declaração sobre eutanásia”, elaborado pelo Vaticano em 1980:

A vida humana é o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a actividade humana e de toda a convivência social. Se a maior parte dos homens considera que a vida tem um carácter sagrado e admite que ninguém pode dispor dela a seu bel-prazer os crentes vêem

nela também um dom do amor de Deus, que eles têm a responsabilidade de conservar e fazer frutificar. [...] Trata-se, com efeito, de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade. (1980).

Entende-se desta forma, que o Vaticano é contra o ato da eutanásia, uma vez que se atenta contra a vida do ser humano. Para a igreja o ato de sofrimento pode ser entendido como uma redenção, portanto, faz parte do nascer, viver e morrer.

A eutanásia é permitida em países como a Holanda, que em 2000 foi legalizada pelo parlamento, e a Bélgica, que obteve sua corroboração em 2002. No Brasil o procedimento da eutanásia não é permitido, por entender-se tratar de homicídio, de acordo com o artigo 121 do Código Penal Brasileiro.

A eutanásia é tratada a partir de duas vertentes: uma que defende a ideia do indeclinável direito de dar à sua vida o destino que bem entender, aqui aplicando-se o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III da CF/88). Já a segunda corrente, aplica o direito penal, e defende a vida como o mais alto bem jurídico.

3.1.1.2 Distanásia: o método para prolongar a vida

Surgiu nos anos 50 através do professor J. R. Debray na investida de classificar a tentativa de reanimação sem sucesso no doente em estado vegetativo.

A distanásia difere-se da eutanásia uma vez que aquela trata-se do prolongamento da vida, também conhecida como obstinação terapêutica, enquanto esta, é a chamada “morte boa”, como já explanado em subtítulo anterior.

Pessini assim define a distanásia:

Trata-se de um neologismo de origem grega, em que o prefixo *dys* tem o significado de “ato defeituoso”. Portanto, distanásia, etimologicamente, significa prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil e inútil, que tem como consequência uma morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento. Com essa conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. (2007, p. 30)

Diniz dessa forma entende por distanásia:

Pela distanásia, também designada obstinação terapêutica (*L'acharnement thérapeutique*) ou futilidade médica (*medical futility*), tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa a prolongar a vida, mas sim o processo de morte [...]. (2006, p. 399)

A distanásia tornou-se um dos assuntos éticos mais discutidos advindo do progresso tecnocientífico, pelo fato de se tratar de um ato médico indevido que, passou a interferir drasticamente e de forma decisiva nas fases finais da vida humana. Segundo Pessini e Barchifontaine:

A medicina hoje trabalha somente para a frente, procurando promover uma vida boa, saudável, aumentar o tempo de vida e sua qualidade. A morte é admitida com relutância no âmbito da medicina como o limite para atingir tais objetivos. (2007, p. 410)

O problema da distnásia está em não saber quando ela deve ser aplicada, e até que ponto pode se levar adiante tal procedimento.

Assim elucida Pessini:

A distanásia não consegue discernir quando intervenções terapêuticas são inúteis e quando se deve aceitar a morte em paz, como desfecho natural da vida. Neste comportamento, o grande valor que se procura proteger é a vida humana. [...] na distanásia a tendência é se fixar na quantidade desta vida e investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo. (2007, p. 195 e 196)

É indubitável o direito a uma morte digna ou à morte no tempo certo, mais notadamente, de um tratamento médico agradável, humano, até o ponto em que seja útil e necessário, e não degradante. Este direito é pertinente ao direito à vida digna, direito fundamental constitucionalmente assegurado.

Afetos a este tratamento relatam que com este método o enfermo pode ter um tempo a mais com seus entes, e vice e versa. É compreensível a vontade de estar junto com a aquele que tem pouco tempo de vida, porém não é levado em consideração o desgaste do paciente. O acamado está sujeito a qualquer procedimento doloroso ou não.

É inconcebível em nosso ordenamento a prática de obstinação terapêutica, o uso descomedido de métodos de tratamento inútil contra a morte.

Tratamentos supérfluos causam desgastes e muito sofrimento ao paciente, aqui esquece-se que a vida humana, antes de tudo, deve ser plenamente vivida e em tranquilidade, algo prazeroso.

Em 2009 foi publicado na Revista Bioética, *on-line*, um texto de Pessini, intitulado: “Distanásia: até quando investir sem agredir?”. Em um trecho da crítica de Pessini, este diz:

Convém a todos – porém especialmente aos médicos, enfermeiros, assistentes religiosos, capelães, teólogos – refletir sobre o sofrimento que inutilmente, não poucas vezes, se acrescenta a uma agonia programada por uma terapêutica já inútil e somente utilizada para cumprir o dogma médico de “fazer tudo o que for possível para conservar a vida” – o qual, interiorizado de maneira acrítica por alguns, é aceito como princípio ético que não exige maior discussão e normatização. [...] Não somos vítimas, nem doentes de morte. É saudável sermos peregrinos. Podemos ser, sim, curados de uma doença classificada como sendo mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos isso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade.(2009)

Embora tenha-se na visão de Pessini que a distanásia é considerada algo ruim ao paciente e conseqüentemente algo que não deve ser aplicado, porém hoje esta prática já é utilizada. Hoje a distanásia é tratada pelos médicos como algo cotidiano, não tendo um tempo determinado de início e fim. Um exemplo utilizado ocorre quando se mantém ligado a aparelhos uma pessoa com morte cerebral irreversível - esta não impedindo uma doação de órgãos - , o acamado fica ligado aos aparelhos em processo de distanásia até que se faça a doação de órgãos, após este processo se dará encerramento a distanásia.

A distanásia diferentemente da eutanásia, ainda é pouco discutida, e talvez venha daí as opiniões contraditórias referentes a este método. “A terapêutica da distanásia é conversar” (DAHEINZELIN, 2014), pois a família só tem a expectativa de que o parente enfermo viva e se possível da maneira que vivia antes de ficar doente, porém quem sabe o tratamento adequado, e se há ou não a possibilidade da plena cura, é o médico. Vê-se aí a grande importância do contato, médico x paciente ou quando este estiver impossibilitado, a relação médico x família.

3.1.1.3 Ortotanásia: objetivação de uma morte digna

O termo ortotanásia ganhou visibilidade pública na Espanha, e paulatinamente vem se tornando conhecido no Brasil (CHAVES, et al., 2012).

A palavra deriva do latim *orto*, que traduzido para o português significa certo, e *thanos*, que significa morte.

Nas palavras de Araújo, conceituamos ortotanásia:

Oposto ao conceito de distanásia – que consiste no retardamento ao máximo da morte inevitável, por emprego de técnicas médicas, mesmo que o ato provoque dores e sofrimentos – a ortotanásia considera a morte em seu tempo adequado. Não se retarda a morte, nem se apressa a morte, como na eutanásia. No caso da ortotanásia apenas se aceita a morte. (2015, p.231)

Ortotanásia nada mais é do que a morte natural sem interferências externas. Aqui o paciente já se encontra em processo natural de morte. A contribuição do médico é tão somente, deixar que o paciente morra naturalmente. O médico deverá exercer a omissão.

A ortotanásia é a cessação do uso de tratamentos inúteis. Em texto intitulado “Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem”, confeccionado por Menezes, Selli e Alves, bem explana sobre o significado de ortotanásia:

Quando o tratamento não atinge mais os objetivos, quando não existem possibilidades reais de sucesso ou de melhor qualidade de vida, tratar se torna fútil. Então, deve-se parar com as medidas inúteis e agregar os esforços para amenizar a dor, o sofrimento, o desconforto de morrer, proporcionando morte natural. Não tem cura a morte. É nobre assumir que ela faz parte da vida. (2009)

Diversamente da eutanásia, a ortotanásia não configura qualquer tipo penal. A finalidade aqui é meramente reduzir o sofrimento do doente sem chances de cura.

O Código de Ética Médica determina que, aquele médico que interromper um tratamento, deverá buscar a melhor forma para evitar o sofrimento do paciente. Cá está a notável ausência de dolo em atingir-se o bem jurídico vida, requisito fundamental para classificar-se o crime de homicídio. Ao contrário de outros

métodos já citados, a ortotanásia não ofende o princípio da dignidade da pessoa humana, tornando-se elemento subjetivo de quem o pratica.

Atualmente para a aplicação da ortotanásia, usa-se da autonomia do paciente em estado de morte iminente, e na sua impossibilidade, a do seu representante.

No Brasil há um projeto de lei (PL 6.715/2009) para incluir ao art. 136 do Código Penal, o art. 136-A. Este projeto de lei tem por objetivo retirar expressamente a ilicitude da ortotanásia, quando preenchido os requisitos legais. O art. 136-A será inserido, em caso de aprovação, com a seguinte redação:

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

Este projeto de lei encontra-se aguardando parecer do relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, possibilita a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitando a sua vontade ou de seu representante legal.

O médico como executor de tratamentos, assume um papel de especial relevância, este deve tomar uma série de precauções necessárias à integridade física, resguardo da vida, da autodeterminação sobre o corpo, da dignidade, do direito à informação e da saúde, de forma a agir conforme as regras e deveres atinentes ao diagnóstico. Para tanto, deve estar atento à vontade de seu paciente, a qual para ser livre e consciente deve haver informação, possibilitando o exercício do direito a autodeterminação.

Conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina mencionado acima, está preceituado em seu art. 1º, §1º que “o médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação”.

Segundo texto de Marcelo Marcante, advogado, doutorando e mestre em Ciências Criminais:

“O médico, nesse contexto, segundo seus conhecimentos e capacidades pessoais e em observância à normativa que regulamenta o exercício da profissão, deve prestar o devido cuidado para assegurar o pleno exercício da autonomia do paciente ou seu representante legal, caso contrário, também poderá ser penalmente responsabilizado. O dever objetivo de cuidado deve levar em consideração a situação concreta em que se encontrava o doente, viabilizando a validade do consentimento dado pelo paciente ou seu representante legal, bem como fazendo constar tal decisão – fundamentada – no respectivo prontuário médico e oportunizando-se a possibilidade de um segundo diagnóstico.” (MARCANTE, 2014, p.52)

Na mesma linha de raciocínio segue o art. 41, §único da Resolução CFM 1.931/2009 vigente desde abril de 2010:

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.

Faz-se necessário citar, a caráter de exemplo, o Senado Argentino que em 2012 aprovou o projeto de lei que modifica sete artigos da Lei 29.529 de 2009, que trata dos Direitos do Paciente e sua relação com os profissionais e instituições de saúde.

Faz-se necessário citar os seguintes artigos:

ARTIGO 10. - Revogabilidade. A decisão do paciente ou de seu representante legal, como consentir ou recusar o tratamento indicado pode ser revogada. O profissional atuante deve respeitar essa decisão, e fazer um registro sobre isso no histórico clínico, adotando para o caso todas as formalidades que possam ser necessárias, a fim de demonstrar conclusivamente a manifestação expressa da vontade, e que a mesma foi adotada em conhecimento de riscos previsíveis em que esta implicará. Nos casos em que o paciente ou seu representante legal revogarem a recusa aos tratamentos indicados, o profissional somente acatará por tal decisão, se as condições de saúde do paciente se mantiverem, aconselhando na oportunidade este tratamento. A decisão devidamente fundamentada do profissional será registrada no histórico clínico.

ARTIGO 11. - Diretrizes antecipadas. Qualquer pessoa maior de idade capaz pode ter diretrizes antecipadas sobre sua saúde, podendo consentir ou recusar determinados tratamentos médicos, preventivos ou paliativos, e as decisões relativas a sua saúde. As diretrizes deverão ser aceitas pelo médico responsável, salvo aquelas que envolvam o desenvolvimento de práticas de eutanásia, que serão consideradas como inexistentes. (tradução nossa).

Naquele país o projeto de lei da ortotanásia é conhecido como “lei da morte digna”, da qual torna explicitamente legal a atuação do médico em descontinuar a medicação que tão somente prolongue a vida do paciente em estado terminal, a pedido deste ou de seu representante legal.

Nota-se que em países diversos, a técnica da ortotanásia já é aplicada. Aqui no Brasil tem-se a Resolução nº 1.805/2006 que trás a sua legalidade, tornando-se possível sua aplicação.

3.1.1.4 Mistanásia: a morte sem assistência

O termo mistanásia, do grego *mis*, que significa miserável, e *thanatos*, que significa morte, surgiu pela primeira vez através de Leonard M. Martin. Este acredita na derivação do termo eutanásia, e o classificava como eutanásia social ou mistanásia.

Nas palavras de Pessini e Bertachini:

A mistanásia é a morte miserável antes da hora, provocada ou por erro médico ou má prática, de um lado, ou, mais frequentemente, por omissão de socorro estrutural, de outro. A mistanásia dos que morrem cedo por causa da má nutrição e/ou porque não tiveram acesso a um diagnóstico precoce e a tratamento em tempo é o prelúdio à mistanásia que acontece dentro do hospital por falta de estrutura, de recursos e de pessoal para atender de maneira adequada todos os que precisam de assistência médica. (2004, p.47 - 48).

Pode-se classificar à mistanásia, os doentes e deficientes que por motivos políticos, sociais e econômicos não chegam a ser pacientes; aqueles que tornarem-se pacientes, e converteram-se vítimas de erros médicos; pacientes que tornam-se vítimas da má-prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos.

Nas palavras de Pessini:

Neste mundo, viver não é ainda desfrutar a vida plenamente, mas constantemente lutar contra a morte, numa sobrevivência sofrida em que o fim (a morte) está muito perto do início (nascimento). É o contraste da morte na velhice no mundo rico e a morte na infância no mundo pobre. (2004)

A mistanásia não respeita o ciclo natural da vida, qual seja, nascer, viver e morrer, assim como a eutanásia e a distanásia. Porém não se confunde com os

termos aqui já citados. A mistanásia está longe de ser um tratamento humanitário, pois o que a define é, o desamparo, abandono e descaso, adjetivos estes que não se aplicam a eutanásia, distanásia e tão pouco a ortotanásia.

Previsão legal não há. Não encontraremos suporte legal que a mencione, porém, obtemos em nossa Carta Magna princípios dos quais dão suporte á saúde digna, alvo da mistanásia, uma vez que esta não zela por aquela.

Ao analisar a situação atual de nosso país, esbarramos com o povo indignado com a assistência médica que obtemos. Reclamações da má-prática, descaso, demora, falta de profissionais, dentre outras.

Cabe aqui uma pergunta para reflexão - não tornando-se esta foco do presente trabalho: será que a situação atual dos vários pacientes do Brasil não se encontram em processo de mistanásia?

4. RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS E FAMILIARES

Na antiguidade quem se encarregava dos doentes eram os magos e sacerdotes, ditos médicos. Muito demorou até que os verdadeiros médicos, aqueles que obtiveram uma educação específica voltada a área da saúde, fossem reconhecidos como tal.

Passado o tempo da busca pelo reconhecimento, o profissional passou a ter que buscar a clientela, pois os doutores desta época faziam “parte da família”, já que cuidavam da saúde de toda a geração familiar, tornando-se difícil a concorrência com os mais experientes. Passada essa época, os médicos de hoje tornaram-se uns dos mais importantes pilares da sociedade, uma vez que a saúde da população depende destes, que atuam em clínicas, hospitais, entidade associativa pública ou privada.

Diferentemente daquela época que o profissional da saúde era parte da família, o médico de hoje tem uma relação estritamente profissional para com o paciente. O médico como especialista deve passar ao seu paciente segurança, deixando-o de certa forma, a par de sua condição. Desta forma o paciente estará em condições para discutir decisões referente ao seu estado de saúde.

Seguindo esta linha de raciocínio, assim expõe Venosa: “Há um dever na Medicina que deve ser obedecido pelo médico. Tem ele o dever de informar o paciente, ou sua família, de seu estado, da metodologia e técnica a serem utilizadas, dos riscos e possibilidades de cura.” (2013, p.140).

Além disso, o médico como conhecedor da ciência, deverá aplicar sua técnica e experiência de forma perspicaz e honrada, sempre buscando um digno tratamento para o paciente. O profissional da saúde deverá buscar o melhor tratamento na tentativa de cura, embora saibamos que esta não pode ser garantida, uma vez que a vida e a morte são de esferas naturais do ciclo humano. Vezes, no entanto, a ação do médico será crucial para a sobrevivência do paciente. Por isso é primordial que o profissional aja de forma prudente em todas as suas ações.

Sobre a responsabilidade do médico, cita-se a colocação de:

[...] , devem ser os próprios médicos, em primeira linha, a ter sempre presente, face ao princípio hipocrático *primum non nocere* e dado que a uma medicina cada vez mais eficaz, mas também cada vez mais agressiva, corresponde inegável aumento das situações de risco, a pretender conhecer os limites jurídicos da sua actuação, é dizer, da sua responsabilidade e procurar pautar-se em conformidade com o intangível princípio de igualdade dos cidadãos perante a lei, trave mestra de qualquer democracia contemporânea. (2013)

O médico é o único e exclusivamente responsável por seus atos, porém, estes atos podem derivar de uma vontade única do paciente. É o que ocorre em casos de tratamento do câncer, por exemplo. Uma vez que o paciente não quer se submeter ao tratamento, o médico não poderá obriga-lo, tendo que atender a vontade do enfermo sem nenhuma interferência. Nestes casos em que há a negação do paciente, os profissionais da área da saúde utilizam-se de documentos, como o testamento vital, em que fica expressa a vontade do enfermo, e o motivo da ação ou não ação do médico.

Quando acusado por um ato, o médico poderá ser responsabilizado civil e penalmente. No âmbito civil temos a responsabilidade do médico elencado no artigo 951, que abrange os artigos de 948 á 950. Tem ainda como pressuposto normativo os artigos 186 e 927, caput.

Assim está disposto no artigo 951:

O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

Desta forma, o médico será responsabilizado quando agindo por negligência, imprudência ou imperícia e causar dano ao paciente.

A responsabilidade civil preza pelo dano, pelo prejuízo e pelo desequilíbrio patrimonial, entretanto quando tratar-se de dano moral, o foco será a dor psíquica ou o desconforto comportamental da vítima. Todavia quando não houver dano ou prejuízo a ser reparado, não há que se falar em responsabilidade civil. “A responsabilidade civil pressupõem um equilíbrio entre dois patrimônios que deve ser restabelecido” (VENOSA, 2013, p. 22), este antecedido pela transgressão de uma obrigação.

Isto posto, segue citação de artigo publicado na Revista Bioética:

Não obstante a culpa e o dano serem necessários para caracterizar a responsabilidade civil do médico, por si sós eles são insuficientes, haja vista exigir a evidência de um liame entre a culpa médica e o dano sofrido pelo paciente, pois dessa forma estarão configurados os pressupostos dessa responsabilidade. (2013)

No âmbito penal temos uma tipificação restrita que a princípio implicará à responsabilidade penal uma obrigação de indenizar. Posto isto, assim está elencado no artigo 18 do Código Penal:

Diz-se o crime:

Crime doloso

I – doloso, quando o agente deu causa ao resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;

Crime culposo

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Logo, temos a responsabilidade como ato de exame da conduta violadora de um dever jurídico.

Nas palavras de Marcante:

O dever jurídico de cuidado deve levar em consideração a situação concreta em que se encontra o doente, viabilizando a validade do consentimento

dado pelo paciente ou seu representante legal, bem como fazendo constar tal decisão – fundamentada – no respectivo documento prontuário médico e oportunizando-se a possibilidade de um segundo diagnóstico. O não preenchimento desses requisitos pode implicar em caso responsabilidade penal pelo ato praticado. (2014, p.60)

Ainda concernente a responsabilidade do médico, vem elencado no capítulo I, inciso XIX do Código de Ética Médica:

O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

O Código de Ética Médica trás um capítulo intitulado “Responsabilidade Profissional”, onde especifica as vedações pertinentes ao médico. Faz-se necessário citar os artigos 3º e 4º:

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Ou seja, fica vedado ao médico praticante do ato, omitir-se de suas responsabilidades, mesmo que o paciente tenha consultado com outros profissionais ou que o procedimento realizado tenha sido aprovado pelo paciente.

Torna-se evidente que o médico é responsabilizado por todos os seus atos, porém quando tratar-se da configuração da culpa, tem que haver um ato restrito que tenha sido cometido, há de se fazer toda uma averiguação. Nos casos de ortotanásia e distanásia, o médico responsável deverá deixar seu paciente ciente de todos os resultados, sendo estes positivos ou negativos, e nunca deixar de apreciar a vontade do enfermo, e se possível, deixá-la expressa.

A responsabilidade do médico está em garantir a efetivação da vontade de do paciente ou na impossibilidade deste, a de sua família, assegurando a sua dignidade até o fim.

O médico como responsável pelos atos de prevenção da saúde, muitas vezes depende do consentimento do paciente ou de sua família, quando este está

impossibilitado de responder por seus atos, para que possa prosseguir com um tratamento.

Desta forma, a família adquire papel crucial quando trata-se de um familiar em estágio terminal impossibilitado de responder pelo seus atos.

Assim como nos demais ramos do direito, a família deve tutelar a dignidade da pessoa humana. Conforme Sílvio de Salvo Venosa, “a ligação simplesmente biológica ou genética não sustenta por si só a família. Como se enfatiza, toda problemática da família gravita em torno da proteção à dignidade humana.” (VENOSA, 2013, p.301).

A morte é o encerramento da vida - na certeza da ciência -, desta maneira, deve-se neste momento buscar o conforto do paciente, da melhor maneira possível, logo, a presença da família torna-se indispensável. Um enfermo que encontra-se desamparado, além de passar pelo sofrimento da doença, sofre psicologicamente por achar-se desvalido da família. Este abandono pode agravar significativamente a grau de saúde do doente. “No processo da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente” (MENDES, LUSTOSA E ANDRADE, 2009).

Além da responsabilidade do amparo psicológico, a família deverá tomar decisões referentes ao paciente nos casos em que este se encontrar impossibilitado de decidir por si só. Vale neste caso usar da expressão: “o que ele gostaria que fosse feito?”. Quando a família toma a posição de definidora do caso, deve levar em consideração as vontades que o doente tinha, seu modo de pensar, agir, para que a decisão tomada seja a mais próxima possível da que o paciente tomaria se assim pudesse.

Aquele que encontra-se responsabilizado legalmente (curador) por paciente incapaz, é responsabilizado civilmente, conforme artigo 1.752 do Código Civil:

“O tutor responde pelos prejuízos que, por culpa, ou dolo, causar ao tutelado; mas tem direito a ser pago pelo que realmente despendeu no exercício da tutela, salvo no caso do art. 1.734, e a perceber remuneração proporcional à importância dos bens administrados.”

Inter-relacionado com o artigo supracitado, está o artigo 1.774 do mesmo livro: “Aplicam-se à curatela as disposições concernentes à tutela, com as modificações dos artigos seguintes.”

Ainda conforme artigo 932, II do Código Civil:

São também responsáveis pela reparação civil:

I – [...]

II – o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições;

Deste modo, será responsabilizado aquele que detiver a curatela do ente paciente, não ficando a família responsável por atos civis. Logo, cabe ao curador zelar pela vida do curatelado garantindo a sua dignidade. A família terá o papel de apoio para com o curador e o paciente.

Vale ainda ressaltar a função do hospital diante de um paciente em estado terminal. O papel do hospital é oferecer um ambiente em que o paciente sinta como se estivesse em casa, obtendo todo o respeito que merece, contando com profissionais capacitados e comprometidos em aplicar seus conhecimentos da melhor forma possível, sem prejudicar o enfermo. Porém, o que temos hoje não é exatamente um lugar apropriado para acolher os pacientes em estado terminal. Cita-se Pessini que bem ilustra a grande maioria dos atuais hospitais:

A instituição hospital é uma empresa de eliminação da dor, de produção de conformidade orgânica e psicológica e de luta contra a morte. O agonizante deve aí ficar calmo e em repouso; a ele se administram calmantes que, além da função terapêutica, ajudam a não perturbar o ambiente. Esses agonizantes são proscritos, porque são os desviantes da instituição organizada pela e para a conservação da vida. Eles são a presença viva do fracasso de uma luta profissional, luta contra a morte, e por isso em grande parte esquecidos.

Em suma, não se morre mais como antes. (2004, p.50).

O supracitado doutrinador quis explanar com estas palavras que o paciente que encontra-se acamado no hospital não tem sua dignidade exercida, pois fica nas mãos de terceiros que o conservam sobre os efeitos de tranquilizantes para que não os “pertubem”.

Assim como o médico e os familiares possuem a responsabilidade de honrar a dignidade da pessoa acamada, assim a entidade hospitalar também têm. Desta forma todos estão responsabilizados por aquele que não pode responder por seus atos. Terceiros devem manter a dignidade da pessoa do paciente impreterivelmente até os seus últimos dias.

4.1 DECISÕES NOS TRIBUNAIS

Não houve ainda uma decisão no Tribunal de Justiça Catarinense que tratasse de distanásia e/ou ortotanásia, entretanto, já ocorreu decisão no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul de uma apelação cível que trata sobre a ortotanásia.

“APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdade mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida (Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013).

A jurisprudência supracitada trata-se de um pedido de alvará judicial, interposta pelo Ministério Público, a fim de obter a permissão para amputar um membro inferior de um paciente de 79 anos (à época), que sofre de necrose no pé esquerdo. Ocorre que o paciente se nega a proceder com o procedimento cirúrgico de amputação. É de suma importância destacar, que o paciente é um senhor lúcido e sem sinais de demência, estas comprovadas através de perícia.

Trata-se aqui da vontade do paciente, este alega preferir a morte para obter o alívio do sofrimento. É citado em acórdão o chamado, testamento vital. Versa este documento sobre a vontade expressa do paciente. Neste caso, estava explícita a vontade do enfermo, da qual era não amputar o membro e concorrer a um possível resultado morte.

Ainda em acórdão é mencionado que não cabe ao Estado decretar a mutilação - mesmo que seja para salvar uma vida - , quando o paciente encontra-se lúcido e sem sinais de demência, e recusa-se ao ato cirúrgico.

A apelação restou desprovida alegando-se a este feito, que a vontade do paciente é predominante à vontade do Ministério Público de querer salvar uma vida. Obviamente trata-se de uma vontade expressa de um paciente em sua sã consciência.

Vê-se através deste acórdão que o Ministério Público de certa forma tentou interferir no direito á vida do paciente, que dentre outras vontades, está a vontade do que querer fazer no final da vida. O Égregio Tribunal da forma mais sucinta, atuou garantindo a devida aplicação do direito á vida, simultaneamente com a dignidade de pessoa humana.

Através de buscas pelo tribunais, verificou-se que até a presente data o TJRS foi o único tribunal a tratar sobre o assunto ortotanásia.

Diferentemente da ortotanásia, a distanásia como mencionado anteriormente, é um método mais comum, que pode ter início e término a qualquer tempo, porém desconhecido no sentido literal da palavra, uma vez que entendemos como ações médicas corriqueiras, e não como distánasia. O médico procura o próprio paciente ou seu representante para tomar decisões referentes a este.

A distanásia ainda não abrange um cunho forte para que suas ações sejam feitas através de decisões judiciais. Na atualidade as decisões são tomadas em hospitais, frente á frente, e aplicadas conforme o veredito.

4.2 RESOLUÇÕES

O Conselho Federal de Medicina no ano de 2006 teve publicado a resolução de número 1.805. Em seu preâmbulo está descrito:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Trata-se esta resolução do chamado procedimento de ortotanásia.

Houve no ano de 2010 uma Ação Civil Pública perpetrada na 14^o Vara da Justiça Federal do Distrito Federal pelo Ministério Público Federal a fim de decretar a nulidade desta resolução. A presente ação restou inexitosa uma vez que o juiz Roberto Luis Luchi Demo emitiu sentença improcedente. Durante decisão da sentença o magistrado declarou que o ato de ortotanásia não ofende o ordenamento jurídico posto.

É de suma importância deixar claro que o ato somente será praticado com o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal.

A visão que tem o Conselho Federal de Medicina diante da publicação desta resolução é a de que se está praticando um ato humanista da Medicina. Visam também a transparência durante o atendimento do paciente enfermo, deixando compreensível as atitudes que serão tomadas e suas possíveis consequências.

O Conselho Federal de Medicina é a favor da ortotanásia pelo fato a seguir exposto:

Diagnosticada a terminalidade da vida, qualquer terapia extra se afigurará ineficaz. Assim, já não se pode aceitar que o médico deve fazer tudo para salvar a vida do paciente (beneficência), se esta vida não pode ser salva. Desse modo, sendo o quadro irreversível, é melhor – caso assim o paciente e sua família o desejem – não lançar mão de cuidados terapêuticos excessivos (pois ineficazes), que apenas terão o condão de causar agressão ao paciente. Dai é que se pode concluir que, nessa fase, o princípio da não-maleficência assume uma posição privilegiada em relação ao princípio da beneficência – visto que nenhuma medida terapêutica poderá realmente fazer bem ao paciente. (2010).

Adepto a este procedimento, desta forma ressaltou o presidente do Conselho Federal de Medicina, D'Avila:

A decisão do Judiciário contempla a própria evolução dos costumes e das relações sociais. A sociedade está preparada para essa mudança que tem como fundo o resgate da dignidade do ser humano em todos os momentos de sua trajetória, inclusive na morte. (2010).

D'Avila entende que a sociedade irá se adaptar ao procedimento, e já está preparada para tal inserção e sua conseqüente aplicação.

Esta Resolução viabiliza ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos inúteis que prolonguem a vida do paciente, tomando as decisões com o consentimento do acamado ou de seu representante. Desta mesma forma, proporciona ao paciente a opção de escolher o que deseja que seja feito com a sua saúde.

Em 28 de novembro de 2015 fez 9 anos da promulgação da Resolução 1.805/2006, torna-se mister frisar que após todo este período de aprovação da prática de ortotanásia, não houve nenhuma outra legislação que tratasse deste procedimento, mesmo este sendo de suma importância, pois trata-se de modo direto da vida de um paciente em estado terminal, que há ainda todos os seus direitos garantidos. Tem-se de certa forma um “descaso” com o direito á vida da pessoa humana.

Embora não haja outra legislação vigente que trate da prática da ortotanásia, há a Resolução de nº 1.931 de 24 de setembro de 2009. Trata-se esta Resolução da aprovação do Código de Ética Médica, onde traz elencado em seus artigos, o respeito que todo o profissional médico deverá ter para com o paciente em estado terminal.

É de suma importância citar o que esta descrito em seu inciso VI intitulado “Princípios Fundamentais”:

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

Desta forma, entende-se que a Resolução que trata da ortotanásia visa tão somente obter-se como resultado, o bem estar do paciente em estado terminal, garantindo-lhe sua dignidade e intergridade.

Assim está expresso no inciso XXI do mesmo título:

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as

escolhas de seus paciente, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Totalmente conexo ao procedimento da ortotanásia, está o inciso XXII do título supracitado:

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.

Torna-se evidente que, o profissional médico está sempre em busca do melhor e mais confortável tratamento para aquele que encontra-se enfermo, pois visam a dignidade da pessoa até o fim de sua vida.

Logo, a supracitada Resolução nº 1.805/2006 coesa com o princípio da autonomia, foi o primeiro passo expressivo para a viabilidade da aplicação do processo de ortotanásia, e quem sabe em um futuro próximo, o da distanásia - pois embora sejam distintas, buscam o mesmo propósito, qual seja a vontade última da pessoa humana – no direito brasileiro.

Em consonância com as supracitadas resoluções está a Resolução CFM nº 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Esta resolução foi posta visando principalmente, a questão da autonomia do paciente na relação médico-paciente.

Ao mencionar “diretivas antecipadas de vontade”, buscou a presente resolução referir-se aos desejos, prévios e expressos manifestados pelo paciente, sobre a sua vida no momento em que estiver incapacitado de expressar livre e autonomamente, sua vontade. Desta forma, assim está especificado no artigo 2º desta resolução:

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

Prossegue-se com os parágrafos deste mesmo artigo, onde está circunstanciado o cunho das diretivas antecipadas de vontade que tratou o artigo mencionado.

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

§2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

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

§4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entres estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Um aspecto relevante que levou à esta resolução, foram as decisões cruciais tomadas quando se trata de um paciente em estágio terminal. Muitas vezes o paciente encontra-se impossibilitado de se comunicar, não podendo expressar suas vontades, e é neste momento que outras pessoas decidem por este, o que pode ocorrer uma escolha indesejada para o enfermo. Motivo pelo qual se faz indispensável a aplicação desta Resolução, uma vez que deve-se respeitar a autonomia da pessoa humana.

A Resolução 1.805/2006 que trata da ortotanásia, tem conexas a si as demais resoluções aqui citadas, pelo mesmo motivo, qual seja, a de que o médico deve sempre zelar pelo bem do paciente, deixando-o a par de sua situação e respeitando as suas vontades (diretivas antecipadas), sejam elas a opção viver ou morrer.

Para o devido conhecimento destas Resoluções faz-se necessário promover a busca pelo saber dentro da sociedade. O conhecer destas Resoluções conseqüentemente pode gerar a compreensão do verdadeiro fito da prática de ortotanásia, e conseqüentemente o da distanásia, qual seja a busca da efetivação da vontade do paciente.

Faz-se por vez salientar que há a necessidade da postulação de uma legislação que de maior suporte a estas práticas, uma vez que só se tem as supracitadas Resoluções, o que se torna insuficiente, visto que se trata do direito à vida de um ser que se encontra em estado terminal e necessita que suas escolhas sejam juridicamente protegidas.

5. CONCLUSÃO

Na elaboração deste trabalho, procurou-se explanar a respeito da aplicação dos procedimentos de ortotanásia e distanásia em pacientes em fase terminal.

Deste modo, foi fundamental o aprofundamento em matéria de bioética e conseqüentemente em biodireito. Fez-se necessário também abordar os princípios norteadores da bioética, sendo estes os princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e o da justiça. Tocou-se ainda no princípio do direito à vida, inerente a todo ser humano e pilar que sustenta demais princípios, como também mencionou-se o princípio da dignidade humana, válido e respeitável até o fim da vida.

O estudo ainda abrangeu, além das práticas de ortotanásia e distanásia focos deste trabalho, as práticas de eutanásia e mistanásia, para que fosse compreendido a diferença destes procedimentos, por que embora tenham nomenclaturas similares, são distintos.

A Resolução de nº 1.805/2006 também aqui abordada, regulamentou a ortotanásia, e de forma imprescindível marcou a efetivação simultânea do direito à vida, da dignidade da pessoa humana e do princípio da autonomia, uma vez que possibilita à pessoa em estado terminal uma morte digna, fundado na premissa de que nenhuma pessoa poderá ser submetido a um tratamento degradante e inútil.

A distanásia não está tão difundida como a ortotanásia, ou como a tão famigerada eutanásia. O campo da distanásia ainda não é sólido, apesar de médicos afirmarem que esta já é aplicada, entretanto pelo fato de não ser conhecida, não há repercussão de sua prática.

No Estado Catarinense ainda não chegou até os tribunais ações que envolva a prática da ortotanásia, entretanto no Estado do Rio Grande do Sul já houve decisão aprovando a sua execução.

A distanásia conforme mencionado anteriormente, é um tanto quanto desconhecida, o que faz com que não haja decisões em tribunais tratando desta matéria.

Dito isso, comprova-se que para chegar ao ponto de tratar as práticas de ortotanásia e distanásia comuns, há que se dar um grande pulo na evolução da sociedade, pois ainda hoje as decisões pessoais estão cada dia mais atreladas às vontades de terceiros. Não há a devida aplicação do direito à autonomia, uma vez que um enfermo não pode decidir livremente o que deseja no fim da vida, qual seja viver ou morrer. Também se torna notável a necessidade da decretação de mais legislações que abordem estas práticas, para que a opção escolhida pelo paciente esteja juridicamente protegida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENTINA. **Lei 29.529 de 21 de outubro de 2009**. Disponível em:

<<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>> Acesso em: 19 out. 2015.

ARAÚJO, Marilene. Aspectos filosóficos e jurídicos sobre a morte, a eutanásia, a ortotanásia e suicídio assistido. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, v.23, n.90, p.215 – 244, mar. 2015.

BARBOZA, Heloísa H.; BARRETTO, Vicente P. (org.). **Novos temas de biodireito e bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 574p., 2002.

BECCARI, Daniela Cristina Dias. **Bioética e Biodireito: Respeitando o direito à vida e a dignidade da pessoa humana**. 2005. Disponível em:

<http://www.crmpeb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21875:bioetica-e-biodireito-respeitando-o-direito-a-vida-e-a-dignidade-da-pessoa-humana&catid=46:artigos&Itemid=483> Acesso em: 24 jan. 2015.

BITTENCOURT, Ila B.; VEIGA, Ricardo M. Olhar atual da cláusula fundamental da dignidade da pessoa humana. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, v.23, n.90, p.189 – 199, mar. 2015.

BRASIL. **Código Civil de 10 de janeiro de 2002. Dispõe sobre**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm> Acesso em: 18 out. 2015.

_____. **Código Penal de 07 de dezembro de 1940**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso em: 5 out. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988.** Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 5 out. 2015.

_____. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível nº 70054988266 – RS.** Apelante: Ministério Público. Apelado: João Carlos Ferreira. Relator: Irineu Mariani. 2013. Disponível em:

<http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70054988266&num_processo=70054988266&codEmenta=5557320&temIntTeor=true> Acesso em: 20 out. 2015.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projetos de Lei e outras proposições:** PL 6715/2009. 2009. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465323>> Acesso em: 2 abr. 2015.

CATÃO, Marconi do Ó. **Genealogia do Direito à Saúde:** uma reconstrução de saberes e Práticas na modernidade. 21 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CHAVES, José Humberto Belmino et al. **Cuidados paliativos na prática médica:** contexto bioético. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300011&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 29 mar. 2015.

CLOTET, Joaquim. **Bioética:** uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria G. S.; OLIVEIRA, M. G. (Coord.). **Bioética:** uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica de 24 de setembro de 2009**. Disponível em: <

http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_1.asp> Acesso em: 18 out. 2015.

_____. **Resolução CFM nº 1.805 de 28 de novembro de 2006**. Disponível em: <

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm> Acesso em: 13 out. 2015.

_____. **Resolução CFM nº 1.931 de 24 de setembro de 2009**. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm> Acesso em: 18 out. 2015.

_____. **Resolução CFM nº 1.995 de 09 de agosto de 2012**. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf> Acesso em: 22 out. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS. **Justiça válida Resolução 1.805/2006, que trata sobre ortotanásia**. 2010. Disponível em:

<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21154:justica-valida> Acesso em: 18 out. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Juramento de Hipócrates**. Disponível em:

<<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>> Acesso em: 22 jan. 2015.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações**. Rio de Janeiro: DP&A, 197p., 2004.

DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e Eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

DRÁUZIO VARELLA. Youtube. **Distanásia** – Dr. Daniel Deheinzelin. [S.l.], 2014.
Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ohq-uTjh588>> Acesso em: 18 out. 2015.

DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos.
Tradução de Nicolás Nyimi Campanário. 2º ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

GARCIA, Maria. Constituição e direitos humanos. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. São Paulo, v.90, ano 23, p.191, jan./mar., 2015.

GONÇALVES, Henrique Carlos. Resolução CFM nº 1.805/2006: “Nosso humilde reconhecimento do limite do possível diante da natureza da pessoa humana”. **Jornal do CREMESP**. 2007. Disponível em:
<<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=917>> Acesso em: 18 out. 2015.

HIPPOCRETES. **Hippocrates I**: epidemics. Cambridge: Harvard University Press. London: Willian Heinemann. 1984, p. 164 – 165. Rodapé p. 67. **Bioética**: uma aproximação. CLOTET, Joaquim. Porto Alegre: EDIPUCS, 2003.

HOBBS, Thomas. **Leviatán**. Madrid: Editora Nacional, 1983. P. 223-227. Rodapé p. 60. **Bioética**: uma aproximação. CLOTET, Joaquim. Porto Alegre: EDIPUCS, 2003.

JUNGES, José Roque. **Bioética**: perspectivas e desafios. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

LIMA, Paulo B. L.; MAIA, Maurílio C. Direito à morte digna: o fim da vida em debate. **Revista Visão Jurídica**. Disponível em:

<<http://revistavisaojuridica.uol.com.br/advogados-leis-jurisprudencia/96/artigo323805-3.asp>> Acesso em: 5 out. 2015.

LOCH, Jussara de A.; SOUZA, Paulo V. S. (org.). **Bioética na atualidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

MACIEL, Maria Helena. Assunto especial – doutrina. **Revista Síntese Direito de família**. São Paulo, v.15, n.80, p.47, out./nov., 2013.

MARCANTE, Marcelo. Aspectos jurídico – penais da eutanásia e da ortotanásia no ordenamento jurídico penal brasileiro: o consentimento válido do paciente na Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina. **Revista Síntese Direito Penal e Processual Penal**. São Paulo: Revista Síntese, v.15, n.87, p.46 – 61, set. 2014.

MARREIRO, Cecília Lôbo. Responsabilidade Civil do médico na prática da distnásia. **Revista Bioética**. 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/821/909> Acesso em: 18 out. 2015.

MARTINELLI, João Paulo Orsini. **A ortotanásia e o direito penal brasileiro**. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/site/artigos/capa.php?jur_id=10507> Acesso em: 18 maio 2015.

MATTIOLI, Maria Cristina. **Princípio Ético de Justiça – Biodireito**. 2001. Disponível em: <<http://portal.trt15.jus.br/documents/124965/125408/Rev17Art13.pdf/0c09de6d-2b6e-4fd3-8027-80a4e0363d70>> Acesso em: 2 jun. 2015.

MENDES, Juliana A.; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria C. M. **Paciente terminal, família e equipe de saúde**. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011> Acesso em: 22 out. 2015.

MENDONÇA, Maria Helena. **Vida, dignidade e morte:** cidadania e mistanásia.

2014. Disponível em:

<<http://www.grupouninter.com.br/iusgentium/index.php/iusgentium/article/view/150/124>> Acesso em: 11 set. 2015.

MENEZES, Milene B.; SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de S. **Distanásia:**

percepção do profissionais da enfermagem. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 12 abr. 2015.

MÖLLER, Leticia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia.** Curitiba: Juruá, 2007.

NASCIMENTO, Carolina. **Saiba como a morte é vista em diferentes religiões e doutrinas.** 2004. Disponível em: <

<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG65777-5856,00-SAIBA+COMO+A+MORTE+E+VISTA+EM+DIFERENTES+RELIGIOES+E+DOUTRI NAS.html>> Acesso em: 5 out. 2015.

OLIVEIRA, Fátima. **Bioética:** uma face da cidadania. São Paulo: Moderna, 2004 (Coleção polêmica).

PESSINI, Leo. **Distanásia:** até quando investir sem agredir?. Disponível em:

<http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/394/357> Acesso em: 16 nov. 2014.

_____. **Distanásia:** até quando prolongar a vida?. 2ª Edição. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Layola, 2007.

_____. **Eutanásia: Por que abreviar a vida?**. 1ª Edição. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de P. **Problemas atuais de bioética**. 8 ed. Revista e ampliada. São Paulo: Centro Universitário São Camilo. Loyola, 2007.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 3ª ed., São Paulo: Loyola 2004.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2014.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes. **A negligência médica hospitalar na perspectiva jurídico-penal: estudo sobre a responsabilidade médico hospitalar**. 2013. Disponível em: <
https://books.google.com.br/books?id=WapK2S_aie4C&pg=PA21&dq=responsabilidade+m%C3%A9dica&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CDwQ6AEwBWoVChMI4bml4tr-yAlVwoeQCh2vIAyx#v=onepage&q=responsabilidade%20m%C3%A9dica&f=false>
Acesso em: 22 set. 2015.

SÁ, Maria de F. F.; NEVES, Bruno T. O. (Coord.). **Bioética, biodireito e o Código Civil de 2002**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA DA FÉ. **Declaração sobre a eutanásia**. Disponível em: <
http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html> Acesso em: 26 jun. 2015.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio (orgs.). **Bioética**. 3º ed. Revista e ampliada. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética**. 2º ed, v.2, São Paulo: Loyola, 686 p., 2002.

SILVA, Márcio Bolda da. **Bioética e a questão da justificação moral**. 1º ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 152p., 2004.

SILVA, Pedro Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 32 ed. Revista e atualizada. São Paulo: Malheiros. 2011.

TORRES, Adriana de Freitas. **Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido**. 2007. Disponível em:
<http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21917:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=483> Acesso em: 15 nov. 2014.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil: responsabilidade civil**. v. 4. 13º ed. São Paulo: Atlas, 2013.

WEBER, Thadeu. **Ética e filosofia do direito: autonomia e dignidade da pessoa humana**. 2013. Disponível em: <
<https://books.google.com.br/books?id=BecbBAAAQBAJ&pg=PT4&lpg=PT4&dq=s%C3%BAmario+%22%C3%A9tica+e+filosofia+do+direito:+autonomia+e+dignidade+da+pessoa+humana%22&source=bl&ots=EEQn2FXa0C&sig=4akmRp71jKwCEi0XRcLX7d17B7Q&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMI5uPKrdP-yAIVSw2QCh119A6b#v=onepage&q=s%C3%BAmario%20%22%C3%A9tica%20e%20filosofia%20do%20direito%3A%20autonomia%20e%20dignidade%20da%20pessoa%20humana%22&f=false>> Acesso em: 14 set. 2015.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Introdução aos fundamentos de uma teoria geral dos “novos” direitos**. 2013. Disponível em:

<<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/593/454>> Acesso em:
1 de mar. 2015.