

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ITUVERAVA
FACULDADE DR. FRANCISCO MAEDA**

Eliete Rodrigues Antonio

**MORTE DIGNA: A VINCULAÇÃO ENTRE O BIODIREITO E O ORDENAMENTO
JURÍDICO BRASILEIRO**

**ITUVERAVA
2018**

ELIETE RODRIGUES ANTONIO

**MORTE DIGNA: A VINCULAÇÃO ENTRE BIODIREITO E O ORDENAMENTO
JURÍDICO BRASILEIRO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade Dr. Francisco Maeda. Fundação
Educativa de Ituverava para obtenção do
título de Bacharel em Direito.**

**Orientador: Prof. Ms. André Luis Jardim
Barbosa.**

**ITUVERAVA
2018**

ELIETE RODRIGUES ANTONIO

**MORTE DIGNA: A VINCULAÇÃO ENTRE O BIODIREITO E O ORDENAMENTO
JURÍDICO BRASILEIRO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade Dr. Francisco Maeda. Fundação
Educação de Ituverava para obtenção do
título de Bacharel em Direito.**

Ituverava, 05 de novembro de 2018.

Orientador: _____
Prof. Ms. André Luis Jardim Barbosa.

Examinador: _____
Prof.^a.Ms. Renata Romani de Castro

Examinador: _____
Bruno de Paula Checchia Liporone

DEDICATÓRIA

Dedico esse Trabalho de Conclusão de Curso ao tripé que sustenta minha vida: Deus, Família e Amigos. Sem eles eu não teria suportado toda essa pressão; eu não teria vencido!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter guiado o meu caminho nesses cinco anos e pelas minhas conquistas, por ouvir minhas orações e por ter me dado conhecimento e um entendimento que é de precioso espírito, por uma fé que até então eu não sabia que existia em mim.

Ao meu marido Alessandro, aos meus filhos Erick e Ana Júlia, por estarem sempre ao meu lado, entendendo e perdendo a minha ausência por muitas vezes e por sempre acreditarem em mim, dando todo apoio e amor necessário. Agradeço a Deus por vocês existirem.

A minha mãe Dirce, a minha irmã Rose, meu padrinho Eurípedes e meus sobrinhos Vitor, Vilmar (in memoriam), por sempre me incentivar e acreditar em mim, por me dar segurança e me fazer acreditar que eu seria capaz de estar aqui.

Ao meu orientador André Luis Jardim Barbosa, que é um excelente profissional, e totalmente dedicado ao seu trabalho, obrigada por tudo principalmente por ter me escolhido como orientanda. Obrigada por me mostrar que eu seria capaz de conquistar tudo aquilo que sonhei. Saiba que levarei tudo que aprendi nesse tempo dentro do meu coração, te desejo tudo de melhor dessa vida e que Deus te ilumine e te guie sempre.

Aos meus queridos professores, em especial a professora Mirela Andrea Alves Fischer Senô, por todos os ensinamentos, paciência e dedicação, sou grata por ter tido o prazer de conviver todo esse tempo que foi essencial para o meu trabalho, tenho um carinho enorme por você e que Deus esteja sempre contigo.

Aos meus colegas de sala, que estiveram comigo nessa caminhada. Eles que foram mais que colegas, foram a família de coração que tive nesses cinco anos e que recebi de Deus esse presente tão especial.

Aos profissionais da direção, biblioteca, administração e limpeza que sempre tiveram disposição e dedicação para conosco, muito satisfatório ter convivido com todos nessa trajetória da minha vida.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

"Nenhum homem é livre se não puder comandar a si mesmo."

(Pitágoras)

RESUMO

O direito a morte digna passa a ser um assunto bastante discutido diante da modernidade e dos avanços científicos e tecnológicos, fazendo surgir um grande conflito especialmente no que diz respeito à finitude da vida. Assim, o biodireito e os princípios bioéticos buscam regular as condutas humanas praticadas pelo avanço da medicina, resguardando a vida e a dignidade da pessoa humana. O objetivo desse trabalho é buscar respostas para um assunto tão delicado, até que ponto o Estado pode intervir na vida privada das pessoas? Se a cada indivíduo é garantido o direito a uma vida digna, a morte sendo um processo vital também deve ser tida com dignidade. Para a metodologia e desenvolvimento deste trabalho foram utilizadas pesquisas bibliográficas, além de análise de casos reais, como forma de compreendermos a dificuldade que muitos cidadãos encontram diante de casos incuráveis. Serão analisados institutos que garantem o direito a morte digna, sendo eles a eutanásia, ortotanásia e o suicídio assistido, além de mencionar a opinião da religião sobre eles, abordando o testamento vital e as diretivas antecipadas de vontades, sendo importante entender que para o paciente ter sucesso em algum tratamento, ele precisa estar convicto da sua melhora, quando o mesmo não acredita, obrigá-lo não é a melhor solução. A ideia principal deste trabalho, é defender a garantia que o ser humano tem sobre a sua própria vida, portanto, cabe somente a ele escolher o momento certo para morrer, desde que seja em razão de doenças em estado terminal ou quadros irreversíveis que limitam a qualidade de vida, não podendo assim o Estado intervir nesse direito, pois desvaloriza a autonomia de cada indivíduo.

Palavras-Chave: Biodireito. Morte Digna. Eutanásia. Diretivas Antecipadas de Vontades. Ortotanásia.

SUMMARY

The right to a dignified death becomes a very discussed subject in the face of modernity and scientific and technological advances, causing a great conflict to arise especially with regard to the finitude of life. Thus, bio-law and bioethical principles seek to regulate the human conduct practiced by the advancement of medicine, safeguarding the life and dignity of the human person. The purpose of this work is to seek answers to such a delicate subject, to what extent can the State intervene in people's private lives? If every individual is guaranteed the right to a dignified life, death being a vital process must also be taken with dignity. For the methodology and development of this work, bibliographical research was used, as well as the analysis of real cases, as a way of understanding the difficulty that many citizens face in incurable cases. Institutes that guarantee the right to a dignified death will be analyzed, such as euthanasia, orthotanasia and assisted suicide, besides mentioning the religion's opinion about them, addressing the living will and the anticipated directives of wills, and it is important to understand that for the patient to be successful in some treatment, he needs to be convinced of his improvement, when he does not believe it, obliging him is not the best solution. The main idea of this work is to defend the guarantee that the human being has over his own life, therefore, it is up to him alone to choose the right moment to die, provided it is due to terminal diseases or irreversible frames that limit the quality of life, so that the State can not intervene in this right, since it devalues the autonomy of each individual.

Keywords: Bi-directional. Dignified Death. Euthanasia. Advance Directives of Wills. Ortotanásia.

LISTA DE SIGLAS

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CFM – Conselho Federal de Medicina
ONU – Organizações das Nações Unidas
CP – Código Penal
PLS – Projeto de Lei do Senado
UTIs – Unidade de Terapia Intensiva
RENTEV – Registro Nacional de Testamento Vital
DOU – Diário Oficial da União
UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.
EUA- Estados Unidos da América

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 VISÃO SOBRE BIOÉTICA E BIODIREITO	13
1.1 Deinição de morte	15
1.2. O processo do morrer	17
1.3. Princípios.....	18
2 A QUESTÃO DA MORTE SOB CIRCUNSTÂNCIA DIGNA	20
2.1 A importância da dignidade da pessoa humana	22
2.2 A eutanásia e suas formas	23
2.2.1 <u>Distanásia</u>	25
2.2.2 <u>Ortotanásia</u>.....	27
2.2.3 <u>Suicídio assistido</u>.....	28
3 TESTAMENTO VITAL	30
3.1 O conselho federal de medicina do brasil.....	32
3.2 A morte sob a ótica religiosa	33
4 CASOS REAIS.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	49

INTRODUÇÃO

Falar em morte nos dias atuais amedronta boa parte da sociedade, como se a vida fosse eterna e não tivéssemos que passar por esse momento, e esse assunto ganha uma complexidade maior ao ser relacionado ao direito a uma morte digna. Com o passar dos anos e os progressos tecnológicos na área da medicina, o prolongamento da vida é cada vez mais frequente nos hospitais, gerando um desconforto para aquele que não quer ser obrigado a vivenciar a própria morte.

Surgindo a necessidade de discutir tais questões é necessário embasar em princípios tais como, o princípio da autonomia como uma forma de respeitar a vontade do paciente em estado terminal, o conflito entre o direito à vida e o direito de decidir o momento de morrer, buscam amparo no princípio da dignidade da pessoa humana, sendo que o mesmo se encontra na Constituição Federal.

É de fundamental importância conhecer os conceitos da bioética e biodireito, que embasam o devido trabalho, onde a bioética estuda os impasses e complicações morais ocasionados pelas pesquisas científicas em biologia e medicina, e para equiparar essas questões surge o biodireito que correlacionado a bioética, estuda as relações jurídicas entre o direito e os avanços tecnológicos vinculados a medicina e a biotecnologia, com o intuito de proteger os direitos humanos.

Em virtude do que foi mencionado, graças a todo esse desenvolvimento ocorrido nos últimos tempos, nos deparamos com um dilema que busca ser resolvido, o direito a morte digna. Para pacientes que já se encontram em estado terminal, onde não há perspectiva de vida, é justo protelar o momento da morte? Até que ponto o Estado no limite da lei deve intervir na vida privada do ser humano?

O objetivo desse trabalho é buscar respostas para um assunto tão delicado, dessa forma, a pesquisa foi dividida em quatro capítulos. No primeiro, serão abordados a visão do biodireito em conjunto com a bioética, que tem por interesse garantir a dignidade da pessoa humana.

No segundo capítulo, trata-se da morte sob circunstâncias digna, onde serão explanados sobre cuidados paliativos como meio de garantir conforto ao paciente em fase terminal, visando dignidade nos momentos finais que antecedem a morte. Na sequência cuidamos do testamento vital e mandato duradouro, espécies de diretivas antecipadas de vontade, meio pelo qual o indivíduo deixa suas vontades expressas antecipadamente, assegurando que seu direito será respeitado quando este for incapaz.

No quarto e último capítulo serão apresentados casos reais, como meio de compreender a complexidade do assunto e a dificuldade que o ser humano encontra diante de conflitos relacionados ao direito de morrer com dignidade.

Portanto, justifica-se o interesse para a presente pesquisa, por se tratar de um tema de grande relevância nos dias atuais, pois conflita com os direitos do ser humano. Sabemos que o direito à vida é o mais importante dos direitos, no entanto, o indivíduo possui autonomia e assim pode decidir como será o fim da sua vida, não sendo obrigado a ser submetido ao prolongamento desnecessário.

Para o desenvolvimento do presente trabalho foram utilizadas pesquisas bibliográficas, além de análise de casos reais, baseando-se em publicações científicas da área da bioética e do biodireito, além de pesquisas em doutrinas jurídicas e resoluções do Conselho Federal de Medicina. Ainda se fez necessário abordar a opinião religiosa, como forma de compreensão de um assunto tão delicado.

1 VISÃO SOBRE BIOÉTICA E BIODIREITO

As últimas décadas trouxeram à tona com grande intensidade um dilema relacionado à medicina e as ciências biológicas, o que antes era facilmente resolvido, hoje devido a diversidade que existe principalmente em tratamentos de saúde, acabam obrigando os profissionais dessa área a adquirirem outras formas de pensar e decidir algumas situações. É nesse contexto que a bioética se encontra, pois, ela busca solucionar os conflitos existentes originários das ciências biomédicas e dos aumentos tecnológicos destinados a saúde. Dessa forma podemos entender que a bioética é a resposta da ética diante dos casos atuais.

Segundo Loureiro (2009, p. 3); "A bioética é um ramo da ética que estuda como as descobertas científicas devem ser utilizadas com o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana".

Bioética tem origem grega e significa *bios* vida e *ethos* ética, esse termo foi usado pela primeira vez pelo bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter, em seu livro "*Bioethics: bridge to the future*" em 1971, que trazia, a definição de bioética como uma ponte entre a ciência e a humanidade. Sua preocupação se dava não só com a espécie humana, mas também com o ecossistema. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005)

No cerne dessa questão, está o abuso que era praticado na biomedicina no passado com experiências feitas em pacientes, gerando preocupações por parte dos familiares no comportamento profissional em relação ao portador de doença em fase terminal. Dessa forma o avanço da bioética nas últimas três décadas ganhou reforço com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), adotada pela UNESCO em 2005.

A Bioética, enquanto novo semblante da ética médica-científica desenvolveu-se, portanto, a partir dos grandes e avassaladores avanços da biologia molecular e da biotecnologia aplicada à medicina ocorridos nos últimos 30 anos; da denúncia dos abusos cometidos contra o ser humano pelas experiências biomédicas, do perigo das aplicações incorretas da biomedicina e da engenharia genética; da incapacidade dos códigos éticos e deontológicos para guiar a boa prática médica; do pluralismo moral que reina na sociedade atual; da maior aproximação dos filósofos e teólogos com os problemas relacionados com a qualidade da vida humana, assim como seu início e fim; do posicionamento e das declarações dos organismos internacionais e de instituições não governamentais sobre os temas voltados à nova ética médica e das intervenções do Judiciário, Legislativo e Executivo sobre questões envolvendo os direitos fundamentais do homem relacionados à sua vida, a saúde, reprodução e morte. (LOUREIRO, 2009, p. 5)

O que importa, portanto, é esclarecer que a bioética tem como fundamento a proteção da sociedade diante de novos conflitos criados em prol da modernidade. Essa, porém, é uma

tarefa que exige o desafio em equilibrar a bioética e o direito. Assim surge a necessidade de abordar o biodireito, sendo o ramo do direito público que se associa a bioética e estuda as relações jurídicas relacionadas ao ordenamento e as mudanças tecnológicas, que tem como foco principal assuntos que envolvem os avanços da medicina e a dignidade da pessoa humana.

O biodireito tem como base o estudo de normas relacionadas no âmbito médico-científico, destacando-se as sanções no caso de violação ou descumprimento das mesmas. Assim sendo, o biodireito tem como intuito trazer uma renovação ao debate que envolve os temas relacionados ao Direito e a Medicina, visando discutir o tema da morte digna associada aos direitos humanos.

Segundo Kipper (2006, p. 139), o termo biodireito tem sido utilizado para designar os estudos que privilegiam o enfoque jurídico da bioética, ou seja, o aspecto ou a "dimensão" jurídica dos conflitos bioéticos.

[...] o Biodireito seria a arte de interpretar os direitos do indivíduo diante de situações particulares. Os tempos modernos reivindicaram uma tutela democrática e universal dos direitos do indivíduo. A Declaração Universal dos Direitos Humanos exprime essa conquista e certamente essa conquista do homem não termina aí. Desde a antiguidade, entre os gregos, foi reivindicado um direito de morrer, direito esse que assusta a todos e ao qual certa tradição do direito natural e do direito positivo divino opuseram-se com argumentos sólidos que poder ser confirmados pela atualidade das ciências humanas [...] (SÁ; NAVES, 2004, p. 18)

Conforme citado acima, o autor deixa claro que o biodireito é a interpretação dos direitos do indivíduo em situações particulares. Dessa forma ao abordar o direito de morrer, nada mais justo que o mesmo ao se deparar com casos de doenças irreversíveis possa ser capaz de optar pela morte digna e que encontre o devido amparo legal.

Como pilar jurídico da República Federativa do Brasil, o princípio da dignidade da pessoa humana, no art. 1º, inc. III, da CF/88, expressa frente a frente o ser humano e o Estado, demonstrando que a dignidade é o que assegura a efetividade do desenvolvimento do ser e a possibilidade da plena concretização de suas potencialidades e aptidões, em harmonia com o todo social. O princípio da dignidade da pessoa humana encontra no Biodireito ampla referência, visto que a dignidade humana está inserida na cultura [...], (LOPES JR.; IACOMINI, 2015, p. 75)

Ora, em tese, mesmo as citações acima terem onze anos de diferença nas publicações, percebemos as mesmas ideias. Com a modernidade e os avanços da biotecnologia nasce o biodireito, que visa cuidar dos dilemas que envolvem a dignidade da pessoa humana, um

assunto que ainda tem muito a ser discutido, para que enfim possa resolver os conflitos entre direitos fundamentais. (SÁ; NAVES, 2004)

A melhor maneira de compreender esse processo é considerar que o indivíduo que apresenta um quadro de doença irreversível e opta por cessar tal sofrimento precisa encontrar apoio no ordenamento jurídico. Não se trata apenas de uma questão de escolha, por exemplo, mas sim de um direito que envolve o princípio da dignidade humana, um princípio considerado pilar em nossa Constituição Federal há 30 (trinta) anos.

Conforme Santoro (2010, p. 86) "sendo a dignidade da pessoa humana um princípio fundamental a ser respeitado em todos os momentos, existe o direito à morte digna tanto quanto o direito a uma vida digna".

“A discussão toma dimensões exorbitantes, porém, quando se analisa o princípio da dignidade da pessoa humana, onde os defensores da eutanásia ativa afirmam que esse princípio abrange não só o direito a uma vida digna, mas também, a uma morte digna, o que pressupõe uma morte sem sofrimentos, o que justificaria sua participação ativa na morte do paciente. O certo é que o tema é bastante controvertido, suscitando inúmeras discussões e posicionamentos, não se sabendo muito bem que rumo tomar, ao menos quando se está discutindo o assunto de forma hipotética, já que, ao se deparar com uma situação dessa espécie na vida real, prevalecerá, sem dúvida alguma, o princípio da dignidade humana, seja ela concebida como direito à preservação da vida, a qualquer custo, seja ela concebida como direito à morte digna, com redução do sofrimento do paciente. (PIOVESAN; IKAWA; FACHIN, 2010, p. 127)

Conforme explicado acima o que importa, portanto, é analisar o caso concreto, onde o paciente que apresenta um quadro de doença incurável, e que opte por cessar tal sofrimento precisa encontrar amparo no ordenamento jurídico. Essa, porém, não é uma tarefa fácil, para tal entendimento, os autores deixam claro que se faz necessário o uso do biodireito, já que ele é o responsável pelos os estudos que interligam o direito aos avanços tecnológicos da medicina. É preciso ressaltar que não se trata apenas de uma escolha e sim de um direito, pois a pessoa que vive tal dilema e se vê obrigada a viver a própria morte, acaba tendo o seu direito a dignidade ferido.

1.1 Definição de morte

Desde os primórdios, muito se debate sobre o momento exato da morte, porém, embora pareça esse um fenômeno simples e evidente, não foi tão fácil chegar a um conceito preciso sobre ela. Isto porque, os conceitos variam de acordo com a cultura, religião e o conhecimento científico de cada povo; para os gregos o momento da morte ocorria com a

parada cardíaca, para os judeus a morte se findava com a parada dos pulmões e foi no século XVII, através de Marie François Xavier Bichat, um médico francês que se originou a primeira definição científica de morte. Bichat reconhecia a morte como um processo cronológico, qualificando assim a *trípode de Bichat*, onde as funções vitais do organismo humano são sustentadas pelo coração, pulmão e cérebro. (SANTOS, 1997)

Pode-se dizer que um corpo humano produz a energia necessária para manter o nível de organização através da captação e intercâmbio do oxigênio, sendo a função do sistema respiratório. Neste contexto, o oxigênio absorvido pelos pulmões é distribuído pelo sistema circulatório, responsável por atender um conjunto de células que comanda todo o organismo. E por último temos o sistema neural, que integra um fenômeno vital “*princeps*”. E como nos assegura Eisele; Campos (2003), tanto o sistema respiratório quanto o circulatório são subservientes ao sistema neural, e qualquer dano a ele tem um grau de complexidade maior, assim sendo, a morte ocorre em conjunto onde um órgão vai parando deliberadamente após o outro, porém com a morte cerebral se constata um caso irreversível de morte!

Dessa forma, entende-se que a morte ocorre com a sucessão de fatos, evidenciando um processo sequencial, onde tanto o sistema respiratório quanto o circulatório dependem exclusivamente do cérebro, assim é importante considerar que para a medicina não existe perspectiva de reabilitação para o paciente quando o cérebro está morto. Não sendo diferente para o ordenamento jurídico brasileiro que conceitua o óbito no instante que ocorre a morte cerebral.

Portanto, a revisão do conceito de morte definiu-a como morte cerebral, ou morte encefálica. Tal revisão tornou-se necessária tendo em vista o desenvolvimento da medicina, que abriu possibilidade de prolongamento indefinido da vida humana por meios artificiais. Referida definição também possibilitou a realização de cirurgias de transplante de órgãos. [...]. Desde a primeira legislação que se referiu a transplantes de órgãos adotada no Brasil, decidiu-se que os critérios para o estabelecimento de conceito de morte fossem fixados por médicos. (SÁ, 2005, p. 44)

Conforme verificado, nota-se que a definição da morte se dá com a cessação das atividades cerebrais, uma vez que para a medicina considera irreversível tal quadro e para o direito brasileiro, essa definição encontra-se na Lei nº 9.434/97 em seu artigo 3º, onde se discute sobre doação de órgãos e define a extinção total da vida com a morte encefálica, porém, a competência para determinar essa difícil tarefa fica a cargo do Conselho Federal de Medicina (CFM), pois o direito não possui a capacidade tecnológica para definir tais elementos clínicos que comprovem a morte.

1.2. O processo do morrer

O conceito de boa morte voltou à tona em diversos cenários nos últimos tempos, principalmente no âmbito jurídico. Com o desenvolvimento das ciências na área da saúde é possível permitir o prolongamento da vida humana, no entanto, um de seus efeitos colaterais, se baseia no fato de protelar o processo do morrer, que muitas vezes gera grande aflição ao paciente. (FREIRE JÚNIOR; SATLER, 2013).

Diante disso, a discussão sobre a recusa de tratamentos clínicos, a escolha por um processo de morrer humanizado, pelo suicídio assistido e pela eutanásia ganhou espaço. Aqueles que lutam pela aceitação social, moral e jurídica destas práticas invocam, não raro, o direito de morrer, ou o direito à morte digna. (LOPES JR; IACOMINI, 2015).

Conforme explicado acima, é necessário abordarmos o tema tanatologia, palavra que deriva de *Thanatos* que segundo a mitologia grega era o deus da morte. Tanatologia é o estudo da morte e do morrer, ou seja, é a ciência da vida e da morte que busca entender o processo de morrer e do luto. Todo paciente em estado terminal passa por um processo de morte, que quanto mais prolongado mais doloroso é para ele e para seus familiares.

De acordo com Campbell (2009), estado terminal é uma condição de difícil definição, podendo ser apontada como uma moléstia irremediável, que possivelmente avançará para a morte, com perspectiva de vida útil entre seis meses, algumas podendo ultrapassar naturalmente esse período. Para os pacientes esse momento é definido como o instante que eles se tornam dependentes, não podendo cuidar de si próprio. Assim sendo, são necessários exames feitos por médicos para determinar o estado terminal, observando todas as possibilidades de cura de forma detalhada.

Segundo a psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross, um paciente em estágio terminal e seus familiares podem passar por cinco fases no processo do morrer:

Negação: ajuda a aliviar o impacto da notícia, servindo como uma defesa necessária a seu equilíbrio. [...]. Raiva: o paciente já assimilou seu diagnóstico e prognóstico, mas se revolta por ter sido escolhido. [...]. Negociação: tentativa de negociar o prazo de sua morte, [...]. A pessoa já aceita o fato, mas tenta adiá-lo. [...]. Depressão: aceita o fim próximo, fazendo uma revisão da vida, mostrando-se quieto e pensativo. [...]. Cabe ressaltar que o termo "depressão" não está sendo utilizado aqui para designar a doença depressiva, mas sim um estado de espírito. Aceitação: a pessoa espera a evolução natural de sua doença. Poderá ter alguma esperança de sobreviver, mas não há angústia e sim paz e tranquilidade. Procura terminar o que deixou pela metade, fazer suas despedidas e se preparar para morrer. (KÜBLER-ROSS, 1992 apud BORGES, s.d; s.p)

Sendo assim, estas etapas são como estruturas de defesa para encarar o processo desconhecido do morrer, onde os conflitos de ordem emocional, material, psicológica, familiar, social, espiritual, entre outros, surgem de forma exacerbada. A princípio ocorria a morte aguda, ou morriam ou se curavam, as pessoas não permaneciam morrendo por muito tempo, o período entre o adoecer e morrer era de poucos dias. O que diferencia atualmente é que do momento do descobrimento da doença até o momento da morte pode levar anos, por isso fala-se em processo do morrer e não apenas “morrer”.

A melhor maneira de compreender esse processo é considerar que a morte é o fim da vida material e o morrer é ação através do qual ocorre a morte. Muitas vezes o que preocupa não é o morrer, mas sim o quão doloroso pode se tornar esse processo.

1.3. Princípios

Versaremos nesse item sobre princípios, esses relacionados à bioética e ao biodireito. Ao mencionarmos princípios estamos nos referindo a regras, normas que são essenciais para o convívio da sociedade. Na bioética os princípios derivam de uma corrente particular originária dos Estados Unidos, sendo denominados como princípalismo, compreendido por *Beauchamp* e *Childress* que evidenciaram em seu livro *Principles of Biomedical Ethics*, conjuntamente com o Relatório Belmont, editado nos EUA, com o propósito de assegurar a eticidade da pesquisa em seres humanos. (SEGRE; COHEN, 2002)

Segundo Diniz (2002), a bioética é traçada em quatro princípios básicos que são enobrecedores da espécie humana, sendo eles divididos em duas classes os deontológicos e os teleológicos, os ligados a primeira classe são os princípios da não maleficência e justiça, e os segundos são os princípios da beneficência e autonomia. São estes princípios que servem de instrução para a humanidade e encontram-se no Relatório Belmont.

Conforme explicado acima, abordaremos de maneira breve sobre cada princípio:

O princípio da não-maleficência se traduz no fato de não fazer mal a outra pessoa, versa sobre a obrigação de não impor dano intencional quer seja no presente ou no futuro.

O princípio da justiça busca garantir uma divisão justa dos bens, incluindo novas técnicas, aparelhos e medicamentos e serviços de saúde, reconhecidos nos artigos 10 e 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, esse princípio abrange valores que devem ser respeitados por toda sociedade, resumindo-se em dar a cada pessoa o que lhe pertence de direito.

O princípio da beneficência visa garantir o máximo de benefícios e assim minimizar os danos. Baseia-se na confiança que o paciente deve ter em seu médico, encontra-se nos artigos 4º e 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

O princípio da autonomia, conceituado nos artigos 4º e 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, é a liberdade de ação que cada indivíduo tem sobre si, em conformidade com as leis e desde que suas ações não prejudiquem terceiros.

“É importante destacar que esses princípios nem sempre estarão em harmonia entre si e, para resolver os conflitos que por ventura entre eles surjam, deve-se utilizar o bom senso, escolhendo o caminho que mais se aproxime do considerado justo e digno para aquele determinado caso e que confira proteção adequada a direitos superiores [...] Ressalte-se, também, que os princípios bioéticos definidos no Informe Belmonte não pode ser tidos como absolutos, pois a relação médico-paciente não pode ser observada em uma única dimensão sob o risco de se acabar em um autoritário relativismo, assim como não pode estar dissociada da realidade social em que ambos estão inseridos. Portanto, assim como os direitos humanos e os direitos fundamentais, os princípios bioéticos devem se adequar à realidade social e cultural de cada ordenamento jurídico, devendo ser constantemente reavaliados e recompostos sempre que novos fatos e novas técnicas médicas pugnem por novas soluções, o que não deve significar que a lei deva evoluir ao rele sabor dos progressos científicos. (MEIRELLES, 2007, p. 40)

Outro princípio norteado desse trabalho centra-se no biodireito, sendo ele o princípio da dignidade da pessoa humana, disposto na Constituição Federal em seu artigo 1º, inciso III, que defende acima de tudo o respeito ao ser humano, em todas as fases de sua vida, (desde antes do nascimento até o momento de sua morte). Nesse sentido, conclui-se que tanto para o biodireito quanto para a bioética a vida humana não se baseia apenas em uma questão de sobrevivência física, ela vai além, sendo necessária uma vida com dignidade. Por todas essas razões, fica claro a importância da bioética, do biodireito e seus princípios diante das inovações científicas, pois cabe a eles o dever de estabelecer e guiar a comunidade para o caminho mais adequado.

2 A QUESTÃO DA MORTE SOB CIRCUNSTÂNCIA DIGNA

Atualmente a medicina se encontra bem avançada e graças a todo esse desenvolvimento, doenças que antes poderiam ser fatais, hoje já são passíveis de cura. Porém precisamos nos atentar ao lado negativo da história que entra em cena quando o paciente apresenta um quadro irreversível e mesmo assim tem a sua vida prolongada por certos aparelhos objetivando adiar um fim inevitável.

Diante de tais circunstâncias surge o seguinte questionamento sobre o que seria mais digno: prolongar o sofrimento de uma pessoa portadora de doença incurável ou colocar fim a tal agonia?

Para Gonçalves (2006, p. 135), “a vida não é um bem absoluto que deva ser preservada a todo custo”.

Como já mencionado antes um princípio de suma importância elencado na Constituição Federal, trata da proteção da dignidade da pessoa humana e abarca outros direitos fundamentais, além de se relacionar com a bioética e com o princípio da autonomia da vontade. Conseqüentemente se a cada cidadão é assegurado o direito a ter uma vida sob circunstância digna, nesse caso a morte sendo um processo pertencente à vida, também deve ser tratada com dignidade. (SCALDAFERRI, 2014)

Pode-se dizer que a morte digna é aquela que ocorre de forma natural. Neste contexto, para Mabtum; Marchetto (2015) é quando o ser humano tem o alívio de seu padecimento, que se dá através de cuidados paliativos apropriados. O mais importante, contudo, é constatar que o que se busca é apenas um conforto para uma etapa final e não uma busca incessante para se combater uma doença irremediável.

É necessário, aliás, compreender que a morte digna não pode ser vista como uma precipitação do fim da vida, o autor deixa claro que ela deve ser associada à qualidade de vida, não podendo ser limitada ao seu componente biológico. Assim sendo, morte digna significa impedir que o processo de morte seja procrastinado por meio da obstinação terapêutica, que em regra é realizada por intervenções fúteis, onde não haja possibilidades de cura.

Não resta dúvida da importância do médico nessa etapa que envolve a finitude da vida de um paciente, diante das circunstâncias de morte invencível, cabendo a ele ser sensível a sua humanização, aliviar a aflição e a angústia, propiciando a dignidade do paciente por meio de tratamento paliativo, ainda que este precipite a morte. Para Diniz (2007 apud SANTORO,

2010) o agir do médico deve ter ênfase no alívio do sofrimento físico-psíquico deste paciente terminal, defendendo a filosofia do hospice.

“Para a filosofia do hospice: a) deve-se aceitar a morte como episódio natural do ciclo vital; b) não se deve antecipar, nem prolongar a vida se a morte é inevitável; c) o paciente deve ficar unido a seus familiares e entes queridos; d) deve a equipe multidisciplinar cuidar da dor psicológica, espiritual e física; e) o objetivo clínico pretendido é controlar a dor e atenuar os sintomas da moléstia; e f) deve-se dar assistência ao paciente, independentemente das condições de pagamento. Essa filosofia encara estar morrendo”. (SANTORO, 2010, p. 88)

A filosofia do hospice também pode ser mencionada como cuidados paliativos, a palavra hospice significa "hospedagem", e teve início em 1967, com a construção do St.Christopher's Hospice, na Inglaterra. Essa filosofia visa garantir um processo de morrer mais suave, criando condições para uma típica disposição de enfrentamento durante esse processo, dando um sentido à morte. (FLORIANI, 2013)

Os cuidados paliativos e o cuidado hospice podem ser compreendidos como sinônimos de "boa morte", que tem sido um conceito importante para o moderno movimento hospice, criando uma perspectiva sobre a forma de como se morre. Assim sendo, hospice não quer dizer que seja um local, mas sim uma ideologia que diferencia e cuida com respeito dos sofrimentos globais, sendo o corpo, mente e espírito, com intuito de garantir ao paciente terminal a finitude digna.

Pessini; Bertachini (2006) entende que os cuidados paliativos são realmente efetivos e eficientes, e uma resposta de amparo à pessoa, no instante crítico de despedir-se da vida. A Organização Mundial de Saúde (1990) assim definiu os cuidados paliativos:

O cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual, é o que mais importa. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias. (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p 6).

Sendo assim, diante de tais reflexões podemos concluir que circunstâncias de morte digna estão relacionadas diretamente com os cuidados paliativos, que se faz necessário para garantir o mínimo de conforto em um momento considerado crucial na vida de um doente em fase terminal. Podemos perceber conforme citado acima que o esperado nesse instante é o amparo, evitando maior angústia, ou seja, protelar algo inevitável nesse caso é apenas elevar o grau de sofrimento tanto para o que sofre como para seus familiares, retirando assim do doente o direito a sua dignidade de morrer.

2.1 A importância da dignidade da pessoa humana

Aqui será versado sobre a dignidade da pessoa humana, assunto de extrema relevância para o tema em questão. Tal princípio trata de um valor moral e espiritual intrínseco à pessoa, portanto, a todo ser humano é atribuído esse preceito. Awad (2006) afirma que os direitos originários da dignidade humana aderem à pessoa, livremente de qualquer reconhecimento pela ordem jurídica, dessa forma, podem ser oponíveis ao Estado e aos demais indivíduos do grupo social.

De acordo com Weyne (2013) a ideia de dignidade humana juntamente com os direitos humanos só emergiu e alicerçou-se na terminologia jurídica, como uma reação da comunidade internacional ao totalitarismo e as barbaridades que foram praticadas no cenário da Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) que afrontaram a consciência da raça humana. Isto posto, a partir do século XX, a dignidade humana, passou a ser elencada tanto nos documentos internacionais como nos nacionais, com o intuito de reservar uma posição de destaque, com a função de princípio fundamental da ordem jurídico-política.

Conforme explicitado, nota-se que a dignidade da pessoa humana se fez necessária para limitar o poder do Estado sob a existência humana, após o período de guerra, onde eram facilmente suprimidos os direitos alheios e obteve amparo nos Pactos Internacionais, assim como a criação da ONU, com o pressuposto de defender o ser humano.

Por final, a dignidade da pessoa humana institui qualquer direito, sendo o fundamento que projeta o âmbito jurídico, tendo valor supremo e essencial, paralelo com todas as demais leis, unificando-as a um único ponto, com o propósito de impossibilitar ações políticas, como as que ocorreram no passado que tratavam o homem como mercadoria, objeto de interesse.

O princípio da dignidade da pessoa humana como já mencionado nesse trabalho está positivado na Constituição em seu artigo 1º, III, e consagrado em seus artigos 3º, 5º e 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos:

A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitadas. (Art. 3º)

Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, devem ser maximizados os efeitos benéficos diretos e indiretos para os doentes, os participantes em investigações e os outros indivíduos envolvidos, e deve ser minimizado qualquer efeito nocivo susceptível de afetar esses indivíduos. (Art. 5º)

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

qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo. (Art.6º)

2. Só devem ser realizadas pesquisas científicas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa. A informação deve ser suficiente, fornecida em moldes compreensíveis e incluir as modalidades de retirada do consentimento. A pessoa em causa pode retirar o seu consentimento a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo [...] (Art.6º). (LIMA, 2016, p.24).

Portanto, torna-se evidente que a dignidade da pessoa humana é um predicado humano, que independe de qualquer situação para ser detentor desse direito, fato existente desde o início da humanidade, porém obteve notoriedade nos últimos séculos, diante de toda perversidade cometida contra o ser humano nas guerras. Logo, é indiscutível a importância de tal direito para a humanidade, visto que, pelo fato de conceituar o homem como um fim em si mesmo, se torna um dispositivo relevante para a proteção dos direitos humanos, sendo primordial para garantir a preservação humana contra circunstâncias desonrosas e humilhantes.

2.2 A eutanásia e suas formas

A palavra eutanásia que deriva do grego tem o significado eu "boa", e *thanatos* "morte", referindo-se a morte boa, sem sofrimento, e ao longo do tempo sofreu uma evolução, no período do estoicismo, os filósofos admitiam que os sábios tinham o direito de assumir sua própria morte quando não houvesse mais sentido em viver, essa era a postura de Sêneca. Porém foi no século XVII, através de Francis Bacon (1561-1626), que o termo eutanásia passou a adquirir o significado conhecido por nós atualmente, ou seja, aliviar o sofrimento de um enfermo sem perspectivas de vida (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 2002).

Cabe apontar que, antes de se chegar a esse termo usado por Bacon, a eutanásia era praticada com o intuito de eliminar aqueles incapazes de trabalhar e defender seu povo na guerra, registros históricos noticiam que os celtas extinguíam os nascidos com características monstruosas, juntamente com os velhos doentes, enquanto na Índia, os portadores de graves moléstias, tinham suas bocas e narinas vedadas com lama sagrada, e assim atirados no rio Ganges. (VIEIRA, 2009)

Para Godinho (2016), nos dias atuais, a eutanásia tem um sentido mais limitado, resultando na abreviação da vida daquele que esteja em situação de extrema angústia e sofrimento duradouro, e que não morreria em virtude da enfermidade que tolera, dessa forma busca-se interromper a vida do indivíduo a fim de livrá-lo de uma dolorosa morte natural,

agindo conforme interesse daquele que vive um sofrimento incurável. A eutanásia se dá através de conduta de outro, que age sobre a morte antes da morte agir, visando um fim libertador.

A eutanásia pode ser dividida entre ativa e passiva, na ativa se obtém a morte com a ação que advém de doses letais ministradas ao paciente, pelo médico ou terceiros. E a passiva é o inverso, sendo uma conduta omissiva, que decorre da interrupção dos cuidados médicos, os quais seriam essenciais à continuidade da vida. A eutanásia ativa ainda pode ser subdividida em direta e indireta, aqui o autor deixa claro que, na direta objetiva-se matar o paciente de imediato, ajudando-o a morrer, enquanto na indireta, mesmo havendo a precipitação do evento morte, essa ocorre através de aplicação de medicamentos, que visam aliviar o suplício do paciente, e dessa forma concluíra seu óbito, como exemplo administrar alta dose de morfina ao paciente que sofre de fortes dores. (SANTORO, 2010)

No Brasil de acordo com o Código Penal (1940), a prática da eutanásia é considerada crime de homicídio, podendo ser classificado pela doutrina como homicídio privilegiado que ocorre de acordo com o disposto no artigo 121, §1º que diz:

"Art. 121 - Matar alguém: §1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço". (CP/1940).

De acordo com a doutrina brasileira, a eutanásia se classifica como motivo de relevante valor moral, pois se leva em conta os interesses do agente.

Quando o agente causa a morte do paciente já em estado terminal, que não suporta mais as dores impostas pela doença a qual está acometido, impelido por esse sentimento de compaixão, deve ser considerado um motivo de relevante valor moral, impondo-se a redução obrigatória da pena. (GRECO, 2015, p. 144)

Tramitou no Congresso Nacional um projeto de Lei PLS nº125/96, de 05/06/1996, de autoria do Senador Gilvam Borges (PMDB/AP), que previa a permissão a eutanásia no país, e continha no *caput* os seguintes dizeres: "Autoriza a prática a morte sem dor nos casos em que especifica e dá outras providências", no entanto esse projeto tramitou por 17 (dezessete) anos, sendo arquivado em 2013 sem nunca ter sido votado.

Fica claro que o ordenamento jurídico brasileiro proíbe e considera crime a prática da eutanásia, porém existem alguns países onde a mesma é legalizada, sendo eles a Holanda que após ter o assunto discutido por mais de 30 (trinta) anos, regularizou tal questão em abril de

2002, logo depois foi a vez da Bélgica que passou a permitir a eutanásia voluntária em setembro do mesmo ano. Em Luxemburgo foi legalizada em março de 2009, atualmente é regulada pela Comissão Nacional de Controle e Avaliação, o Canadá suspendeu a proibição da eutanásia em fevereiro de 2015, após 6 (seis) anos de debates na Suprema Corte e por último a Colômbia, sendo o único país da América Latina onde se permite a eutanásia, desde abril de 2015. (CASTRO, *et al.*,2016)

Atualmente tramita um projeto de Lei no Senado Federal de nº 236/12, que faz alterações ao Código Penal, entre elas passa a tipificar a prática da eutanásia, antes disposta de maneira implícita no art. 121 CP como homicídio simples.

Eutanásia

Art.122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave: Pena – prisão, de dois a quatro anos. §1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima. (BRASIL, 2012)

Caso seja aprovado o projeto, tem-se a eutanásia tipificada como crime de forma explícita e objetiva, sendo caracterizado como um crime mais brando se confrontado ao homicídio, contendo uma diminuição da pena, ou seja, o autor da prática comete um delito que pode fazer jus ao perdão em virtude das circunstâncias do caso concreto. Semelhante acontece no Uruguai, onde a prática não é legalizada, mas o juiz analisando a situação, desde o grau de parentesco ou amizade que o agente tem com a vítima, pode excluir a punibilidade, ocorrendo o perdão judicial.

2.2.1 Distanásia

Outro tema considerado relevante para esse trabalho é a distanásia, uma palavra que deriva do grego tendo como definição *dis* "afastamento" e *thanatos* "morte", ou seja, se na eutanásia o que se busca é abreviar o sofrimento de uma vida sem perspectivas, na distanásia ocorre o inverso, pois o objetivo é prolongar o processo de morrer. A distanásia se baseia em um tratamento considerado fútil, que só ocasiona dor e sofrimento ao doente e seus familiares, pois não traz benefícios, apenas usa de tais tecnologias e medicamentos poderosos objetivando uma falsa cura e adiando o momento de morrer em paz. (PESSINI, 2007)

Para o Código de Ética Médica a distanásia, é uma prática que deve ser evitada, e dispõe que todos os cuidados paliativos devem ser providenciados para aqueles pacientes

em fase terminal, porém, determina que não sejam realizadas intervenções diagnósticas ou terapêuticas consideradas inúteis que condena o indivíduo a sobreviver de maneira artificial. Busca-se impedir, por exemplo, que o paciente tenha a sua liberdade individual violada ao ser exposto a um procedimento lento e angustiante de morte, portanto, a distanásia é encarada como uma conduta incivilizada, que desacata a dignidade da pessoa humana, pois evidencia a falta de compaixão com o enfermo e todos a sua volta (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Em 2012, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução **CFM 1.995**, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, deixando claro que o paciente tem autonomia, junto ao seu médico, de decidir sobre a não realização de procedimentos inúteis em fase de terminalidade da vida. A resolução assegura ao paciente o direito de não prolongar seu sofrimento. Essa prerrogativa apoia a ideia de que a distanásia é algo inaceitável e cruel, sendo estarrecedora a constatação de que é prática médica frequente nas unidades de terapia intensiva (SANTOS, *et al.*, 2014, p. 370).

Em 1999 foi sancionada pelo então Governador do Estado de São Paulo, Mário Covas, a Lei nº 10.241, ao qual dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo, essa lei conta com dois artigos e 24 incisos, que posiciona o paciente no centro da questão dos cuidados de saúde, como forma de limitar a desumanização crescente das instituições de saúde. Os incisos de nº XXIII e XXIV, são de extrema importância para este trabalho, o primeiro menciona o direito que o paciente tem em recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários que apenas prolongue a sua vida, e o segundo dá a ele o direito de escolher o local em que pretende se despedir dela. Conforme citado acima, o paciente é dotado de direitos até mesmo nos instantes finais de sua vida, portanto, não se pode compelir o mesmo a aceitar aquilo que ele não está de acordo, em respeito a sua autonomia. Seguindo o princípio da beneficência, cabe a ele escolher por morrer com qualidade de vida, no ambiente em que considere adequado, e ao médico incumbe atuar sempre em seu benefício. (PESSINI, 2004)

Podemos concluir que o Conselho Federal de Medicina, condena a prática da distanásia, porém, a mesma decorre de equívocos na interpretação, pois o Código de Ética Médica proíbe o médico de deixar de utilizar todos os recursos possíveis em favor do paciente. Dessa forma o mesmo entende que é obrigado a manter a vida sob qualquer custo, e que deixar de fazer, pode incidir em crime de omissão de socorro, ou até mesmo a eutanásia, ambos classificados com crimes pela legislação brasileira.

É preciso fazer uma diferenciação quando a morte é inevitável, e nada mais trará a vida de volta, prolongá-la com tratamentos fúteis, acarretando uma série de problemas, para o

enfermo, para a família e até mesmo para outros doentes com chances de cura que poderiam estar sendo tratados nos leitos de UTIs, o mais correto a ser feito nesse momento é a ortotanásia, deixando que a morte siga seu caminho de forma natural e se possível sem sofrimento.

2.2.2 Ortotanásia

A denominação da palavra ortotanásia advém do professor Jacques Roskam, da Universidade de Liege, Bélgica, que em seu Primeiro Congresso Internacional de Gerontologia, realizado em 1950, chegou ao entendimento de que entre o ato de abreviar a vida humana pela prática da eutanásia e o de prolongá-la excessivamente pela obstinação terapêutica, seria plausível existir uma morte considerada correta, justa, que ocorreria no tempo apropriado, sendo ela a ortotanásia que deriva do grego *orthos* "correto" e *thanatos* "morte".

"A ortotanásia, assim, é o comportamento do médico que, frente a uma morte iminente e inevitável, suspende a realização de atos para prolongar a vida do paciente, que o levariam a um tratamento inútil e a um sofrimento desnecessário". (SANTORO, 2010, p. 133)

Assim sendo, o médico que pratica a ortotanásia, possibilita que o enfermo tenha uma morte no seu período correto, sem usar de meios que venha antecipar ou prolongar o processo natural do morrer, que pode ocorrer, por exemplo, com a suspensão de suportes vitais ou com a retirada ou desligamento de equipamentos que agem como suplentes de órgãos ou que monitoram suas funções, ocasionando o colapso do organismo e provocando a morte. A ortotanásia tem como objetivo encarar a morte como parte da vida, dessa forma, busca-se fazer com que o enfermo em estágio terminal e seus familiares também possam passar por essa etapa de maneira mais confortável. Sobre tudo é necessário que haja uma junção entre o conhecimento ético com o componente técnico, visando respeitar a autonomia do paciente e possibilitar um tratamento paliativo com o intuito de minimizar seu sofrimento e angústia (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

A ortotanásia, portanto, se identifica com uma conduta de caráter passivo, na medida em que nada se faz tanto para encurtar quanto para prorrogar a vida humana, aliada a um comportamento ativo, consistente na prestação de assistência médica, psicológica e afetiva que tende apenas a propiciar conforto ao paciente, antes de cerradas as cortinas da sua existência. (GODINHO, 2016, p. 77)

Conforme citado acima, constatamos que a ortotanásia é praticada por uma equipe médica, dessa forma o Conselho Federal de Medicina em 2006, editou uma Resolução de nº 1.805, que autorizava a ortotanásia desde que respeitando alguns requisitos. No entanto, o Ministério Público Federal do Distrito Federal, intercedeu requisitando a suspensão da resolução, sob a alegação de que tal conduta seria incompatível com o Código Penal. Foi concedida a liminar que suspendia a Resolução, sob a fundamentação de que a ortotanásia não encontraria amparo na legislação, porém, em dezembro de 2010, essa liminar foi derrubada após nova decisão judicial. (MENEZES; VENTURA, 2013)

Diante de tal episódio, houve a necessidade da inclusão do art.136-A, no PL nº6715/2009, que se aprovado exclui a ilicitude da ortotanásia no Código Penal. Cabe destacar que o intuito da ortotanásia nunca foi antecipar a morte, e sim permitir que ela ocorra de maneira natural, impedindo que manobras excepcionais sejam feitas prolongando uma angústia desnecessária. E para que ocorra a harmonia entre as partes, nada mais justo que o ordenamento jurídico busque auxílio nos profissionais de saúde, pois apenas eles detêm de conhecimento técnico suficiente.

2.2.3 Suicídio assistido

Como forma de assegurar o direito a morte digna, há quem defenda o suicídio assistido, que consiste no ato praticado pelo próprio paciente, com o auxílio de terceiro ou por médico. Em alguns países a prática já é permitida e ocorre através de uma injeção de dosagem única e letal. Porém, foi em Michigan (EUA), onde o Dr. Jack Kevorkian, um patologista que após criar uma máquina do suicídio, ficou conhecido como o "Dr. Morte", seu intuito era auxiliar os pacientes de casos irreversíveis a colocar fim em seus martírios, tal máquina consistia em um aparelho de eletrocardiograma, que ao ser ativado pelo próprio doente, injetava uma substância salina neutra, contendo anestésico Thiopental em suas veias, que ocasionava inconsciência e logo em seguida uma dose letal de cloreto de potássio, paralisando o coração. (DINIZ, 2002)

Atualmente o suicídio assistido ou também conhecido por "morte assistida" é legalizado em alguns países entre eles Suíça, Holanda, Bélgica, Luxemburgo e em cinco estados dos EUA, sendo eles: Oregon, Montana, Washington, Vermont e Califórnia; e na América do Sul, na Colômbia.

No estado de Oregon, por exemplo, a legalização, ocorreu em outubro de 1997, tornando ele o primeiro estado a permitir tal pratica que é chamada de "Ato de morte com

dignidade", e exige como requisitos para a autorização que o paciente seja maior de 18 anos, capaz de expressar sua vontade conscientemente, residente naquele estado e portador de doença em estágio terminal com expectativas de vida menor que seis meses, dessa forma a autoadministração voluntária não é considerada suicídio e sim morte com dignidade. Entre as doenças predominantes o índice maior está no câncer e em seguida a esclerose lateral amiotrófica. (CASTRO, *et.al.*, 2016).

A morte assistida permitiria que os doentes tivessem controle sobre o fim das suas vidas nomeadamente no que diz respeito ao momento e às circunstâncias em que a morte ocorreria. Deste modo a morte assistida respeitaria o direito das pessoas a viverem segundo os seus próprios valores e nas condições que considerassem aceitáveis. (GONÇALVES, 2006, p. 117)

Não podemos deixar de mencionar que na Suíça, a prática é legal desde 1941 e onde estão localizadas duas organizações que auxiliam o doente a morrer dignamente, entre elas a mais conhecida chama-se *Dignitas*, uma clínica que atende inclusive visitantes estrangeiros que justifiquem o motivo da morte, devido ao sofrimento do estado terminal.

Conforme citado acima, *Dignitas* é um grupo suíço que fornece a pacientes desde que submetidos a um relatório médico minucioso elaborado por um psiquiatra que determina a condição do doente, respeitando as normas do Tribunal Federal da Suíça, auxílio a morte assistida. A clínica ainda assegura agir de forma neutra, não tendo nada a ganhar com a morte de seus membros. Da pessoa que pretende morrer é exigido assinatura de uma declaração, também assinada por testemunhas independentes. Para os incapazes de assinar documento, um pequeno vídeo é feito onde o paciente atesta sua identidade e a sua intenção de morrer, e que a sua decisão não sofre nenhuma coerção, sendo assim de livre e espontânea vontade. (BARROSO, 2014)

Fica evidente, diante desse quadro que o suicídio assistido muito se assemelha com a eutanásia, diferenciando em um é o próprio paciente que ministra o medicamento, mas em ambos ele recebe auxílio de terceiros. No Brasil as duas práticas são proibidas pelo ordenamento jurídico, porém nos últimos anos tem-se visto brasileiros que sofrem de quadros irreversíveis e que possuem condições financeiras, recorrerem a países onde a prática é permitida em busca de uma morte considerada digna.

3 TESTAMENTO VITAL

Testamento é conceituado pelos doutrinadores como um negócio jurídico, personalíssimo, unilateral e revogável pelo qual o testador faz disposições de caráter patrimonial ou não, para depois de sua morte, sendo a principal forma de expressão e exercício da autonomia privada, tornando a maneira mais adequada para outras manifestações da liberdade pessoal. O testamento poderá discutir matérias de caráter não patrimonial, ou seja, sendo possível versar sobre direitos da personalidade, ao qual é denominado como testamento vital ou biológico. (TARTUCE, 2009)

Para Godinho (2016), o testamento vital ou testamento biológico, traduz-se em um documento assinado, onde o interessado, juridicamente capaz, expressa suas vontades diante de situações futuras que possam ocorrer em momentos em que este esteja impossibilitado de manifestar suas vontades, como, por exemplo, o estado de coma. Diferente do testamento comum disposto no Código Civil, este tem eficácia *inter vivos*, com o objetivo de assentar de antemão quais os tipos de tratamentos que o paciente permite e quais rejeitam, e tais decisões devem ser respeitadas.

Denota-se, portanto, que qualquer indivíduo, que esteja no gozo de suas faculdades mentais, poderá elaborar um testamento vital, garantindo assim os seus direitos diante da terminalidade da vida. Conforme explicado acima, é a melhor forma de assegurar uma morte digna diante de casos que fogem ao controle do paciente. Sendo possível escolher quais procedimentos devem ser usados e até que ponto a equipe médica deve agir.

O testamento vital juntamente com o mandato duradouro são espécies de diretivas antecipadas de vontade, que se trata de uma declaração feita com antecedência pelo indivíduo, estabelecendo os parâmetros a serem adotados diante de casos irreversíveis. No testamento vital o paciente determina as intervenções que serão administradas em ocasiões futuras, e no mandato duradouro ele autoriza um representante legal ou procurador, a responder em seu nome, no momento em que esteja incapacitado. Portanto o autor deixa claro que diretivas antecipadas se trata de um conjunto de desejos que exprime a escolha da pessoa em circunstâncias que é decretada a enfermidade. (NUNES; ANJOS, 2014)

É preciso, porém, esclarecer que não há legislação específica em nosso ordenamento jurídico que alude sobre testamento vital, diante da atualidade e das tecnologias desenvolvidas, surgindo os conflitos na área da saúde, havendo esse "vazio" na lei sobre assuntos que discutem a terminalidade da vida, e necessitando proteger o profissional médico

e assegurar o respeito a autonomia do paciente, o Conselho Federal de Medicina criou a Resolução de nº 1.995/2012, que refere-se as diretivas antecipadas de vontade.

Para Pereira (2018, p. 41) "O respeito ao testamento vital faz parte do tratamento de saúde, pois nas circunstâncias da terminalidade de uma pessoa, sua escolha, na condução dos procedimentos a serem realizados, integra a opção do tratamento, seja ele qual for."

Atualmente é possível contar com um portal intitulado testamento vital, sendo um projeto independente, administrado pela pesquisadora e também Doutora Luciana Dadalto, advogada especializada em Direito de Saúde. O objetivo do portal, é transmitir conhecimento para pessoas leigas, uma vez que o portal conta com orientações dos requisitos necessários para elaboração e validade do documento, além de dar suporte aos que já possuem essa declaração direcionando para o site Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV), para que o mesmo fique armazenado em um banco de dados confiável.

Posto isso, entende-se ser importante, no Brasil, que o testamento vital seja lavrado por escritura pública perante um notário, a fim de garantir a segurança jurídica. A criação de um banco nacional de declarações de vontade dos pacientes em fim da vida também é recomendada, para que possibilite uma maior efetividade no cumprimento da vontade do paciente, de modo a não correr risco de que a declaração se torne inócua. Assim, existindo tais disposições formais, o cartório deverá encaminhar o Testamento vital ao Registro Nacional, em um prazo exíguo, a fim de garantir a sua efetividade. Deste modo, o testamento vital só poderá ser feito de forma pública. (DADALTO, 2015, p. 184)

A autora deixa claro, que é importante lavrar o testamento por escritura pública, porém não é ato obrigatório, sendo recomendável para dar um respaldo jurídico ao documento, ficando assim livre de possíveis pedidos de nulidades. E o armazenamento em site de Registro Nacional, além de evitar que o testamento vital se perca, ainda possibilita que amigos ou familiares visualize o arquivo através de uma chave de acesso próprio disponibilizada pelo testador.

O fato é que a falta de legislação pertinente ao assunto não produz o entendimento de que tal documento seja inválido no país, pois o mesmo encontra resguardo em normas constitucionais e infraconstitucionais, como exemplo o princípio da dignidade da pessoa humana. O problema é que não se pode deixar de evidenciar que a falta de regulamentação gera insegurança tanto por parte do indivíduo que pretende deixar suas vontades expressas antecipadamente quanto ao médico que pode se ver diante de um conflito em vontades diferentes por parte dos familiares. Vale lembrar que esse é um assunto carente quando se trata de terminalidade da vida, onde o paciente precisa ser respeitado diante de suas vontades

finais e o médico não pode sofrer retaliações por cumprir com o último desejo de seu paciente.

3.1 O conselho federal de medicina do brasil

Diante da falta de legislação vigente sobre o tema morte digna, podemos contar com as resoluções do CFM, que através do Código de Ética Médica, visa suprir a inércia do judiciário, reconhecendo consideravelmente a garantia constitucional da dignidade da pessoa humana, e através de princípios, dentre eles o da autonomia da vontade, apoia as condutas médicas que são consideradas ética e auxilia o exercício da medicina. (TEIXEIRA, 2015)

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.995/2012, publicada no DOU em 31 de agosto de 2012, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, assunto mencionado anteriormente, que objetiva proteger os médicos diante de cenários conflituosos.

Outra Resolução do Conselho Federal de Medicina, publicada em 2006 de nº1805/06, trata da prática da ortotanásia, que não tem como finalidade abreviar a vida ou protelar a morte do paciente, e sim assegurar conforto e comodidade nos momentos finais de sua vida.

Do ponto de vista de Ziemann; Alves (2014 Orgs), tal resolução, permite maior autonomia ao médico, que poderá definir qual o método mais conveniente a ser usado em pacientes que se encontram em estado vegetativo, desejando o instante da morte, evitando prolongar de forma exagerada uma vida artificial, oferecendo ao doente o alívio de tratamentos inúteis. Assim sendo, essa resolução se atenta em garantir que o médico se preocupe menos com a morte e mais com o bem-estar de seus pacientes.

É interessante, aliás, deixar claro que a ortotanásia em nada se parece com a eutanásia, pois esta tem como intuito antecipar a morte, e a ortotanásia visa um fim de forma natural. Mesmo assim, o Conselho Federal de Medicina enfrentou um forte conflito diante dessa resolução, pois o ordenamento jurídico entendeu que o CFM com essa resolução iria contra as leis dispostas no Código Penal, e que o médico em certos casos poderia responder por omissão de socorro. Após anos de debates, se obteve sentença favorável, pelo juiz Roberto Luis Luchi Demo da 14ª Vara da Justiça Federal, sediada em Brasília, que entendeu que a resolução regulamenta a viabilidade do médico, conforme explicado acima, em limitar os suspender procedimentos e tratamentos inválidos.

Fica evidenciado que, na ortotanásia, a vida do paciente não é abreviada, nem mesmo prolongada, mas ocorre de modo natural, sem interferência humana direta. O que se objetiva é promover o bem-estar do paciente, que já se encontra fragilizado devido à doença e não deseja ter seu sofrimento prolongado e ampliado por práticas que não lhe trarão benefícios, apenas estenderão sua agonia (MABTUM; MARCHETTO, 2015, p. 72).

Sendo assim, entende que as resoluções do Conselho Federal de Medicina, detêm a atribuição de estimular a discussão de forma democrática no cenário brasileiro, onde tem como objetivo determinar o melhor método que deverá ser tratado um ser humano que padece de enfermidade incurável, sofrendo dores físicas, danos psicológicos e morais. Podemos perceber, que tais resoluções são necessárias, pois buscam oferecer e garantir quando necessário a morte digna, porém, suas finalidades normativas são limitadas pela Constituição Federal e pelas leis e não podem contrariar os dispositivos legais existentes no ordenamento. Não é exagero afirmar que esse tema gera grande polêmica, pois existem dificuldades em distinguir o excesso terapêutico, se este será válido ou não, complicando ainda mais essa questão. Dessa forma cabe a sociedade brasileira se mobilizar e solicitar uma legislação aprovada pelo Congresso Nacional, com o devido entendimento e amparo ao ser humano no fim da vida.

3.2 A morte sob a ótica religiosa

Vivemos em um país laico, algo que é reconhecido e expresso pela Constituição Federal. Todavia, não podemos negar que a religião católica exerce um forte domínio na sociedade brasileira, causando o impedimento de discussões e essa falta de debates adia o reconhecimento social do direito de precipitar o fim da vida por um paciente em estado terminal.

Grande parte dos ordenamentos jurídicos mundiais baseiam-se em argumentos religiosos, dessa forma julgando ser indisponível o direito de antecipar o fim da vida de uma pessoa, em alguns casos chegando a tipificar a conduta de tentativa ou consumação como crime. Entre os fundamentos religiosos existem posicionamentos sobre a sacralidade à vida humana, sendo esta uma obra da natureza, um processo que resultou na raça humana, uma criação divina, uma obra de Deus, tendo um caráter sagrado, sendo assim inviolável em virtude do que simboliza. (FILHO, 2016)

Como bem nos assegura Barroso (2014), a morte se encontra presente em nosso cotidiano, de forma natural, inevitável e previsível, neste contexto, nasce o questionamento do

que nos espera após a morte? Resta claro que não obtivemos uma resposta contundente até o momento, assim sendo, surgiram inúmeros credos e culturas procurando esclarecer a posterioridade da vida. Entende-se que a religião é de extrema importância para a humanidade, pois reitera que aqueles que seguirem os ensinamentos de Deus alcançarão uma felicidade eterna e duradoura.

Sabe-se que não existe algo mais concreto em nossas vidas do que a certeza da morte, porém, ela não deixa de ser um mistério para a humanidade, que procurando entender tal fenômeno busca apoio nas religiões sobre a finitude da vida, portanto, abordaremos o entendimento das quatro maiores religiões do mundo, quais sejam o judaísmo, budismo, islamismo e catolicismo.

No judaísmo, existem indícios no livro do Talmude (livros sagrados dos judeus), de que não se pode acelerar o fim da vida de uma pessoa, mesmo que isso evite o seu sofrimento. Em caso de paciente em estado terminal, e perante as suas súplicas de acabar com tudo, tal prática é proibida. Onde o médico que praticar a eutanásia, causando a morte será culpado de assassinato.

Acabar com a dor de um paciente que se encontra em estado terminal, é algo, de extrema importância, porém, quando essa conduta conflitua com o direito da vida desse paciente, preservar a vida nesse caso deve ter um peso maior do que eliminar a dor física. O autor deixa claro, que quando não for possível a cura, é exigido o cuidado até o momento final da vida humana. Em resumo a religião judaica é contrária a eutanásia, o médico age como um mediador de Deus buscando preservar a vida, estando proibido de abreviar a mesma, através de motivações ou conveniência do paciente, pois tal decisão somente compete às leis divinas. (PESSINI, 2004)

Segundo Sá (2005), o budismo foi fundado na Índia (480 - 400 a.C) por Siddhartha Gautama, que ficou conhecido respeitavelmente como Buda, sendo que alguns documentos budistas fazem menção ao Buda como sendo o grande médico que lida com as doenças do espírito. Muitos estudiosos ocidentais encaram o budismo mais como filosofia de vida do que precisamente uma religião, seu objetivo é a iluminação, chamada de nirvana, representando um estado de espírito e perfeição moral, que poderá ser alcançada por aquele que vive de acordo com os princípios de Buda. Mesmo alguns seguidores do budismo condenando à prática do suicídio, consta relatos em textos budistas mais recentes, que o próprio Buda tenha compreendido e perdoado, por comprovar que o sujeito se encontrava com a mente livre de egoísmo e de desejo, estando, portanto iluminada.

Conforme mencionado pelo autor, o budismo não condena o suicídio, porém não aprova quem auxilia ou estimula o mesmo, com exceção a morte digna, quando por compaixão ocorre o auxílio no caso de morte iminente, sendo moralmente aceitável nesse caso. Existe uma entidade no Japão, denominada “Associação para a Morte com Dignidade”, que aconselha a utilização de remédios, mesmo que esses acarretem a antecipação da morte do paciente. Assim, resta dizer que, Buda orientou os homens para que não fizessem planos sem contar com a morte, pois ela é inevitável e não respeita ninguém.

O islamismo tem origem árabe, e simboliza a subordinação dos muçulmanos diante da vontade de Deus (Allah). Em 1981, foi realizado no Kuwait a 1ª Conferência Internacional de Medicina Islâmica sendo criado um importante documento, que se encontra disposto no código islâmico de ética médica, onde, o médico deve saber que, a vida é de Deus, pois, somente ele a concebe, e que a morte finaliza uma etapa, dando início à outra.

No islamismo busca-se, por exemplo, evitar manter o doente que se encontra em estado vegetativo, empregando ações heroicas, que de nada irá resolver a situação, objetivando preservar a vida e não prorrogar o processo de morte. Conforme explicado, entende-se que não há permissão para a prática da eutanásia ativa, porém, traz certa afinidade em relação à ortotanásia, pois determina que o médico atenda o paciente com dedicação, apoio moral e alívio do sofrimento e aflição (XAVIER; MIZIARA; MIZIARA I.D, 2014).

A igreja católica não seria diferente das demais religiões. Ela condena precisamente a prática da eutanásia. Em 1956 o Papa Pio XII declarou que "o homem não é senhor e proprietário, mas apenas usufrutuário de seu próprio corpo e de sua existência". Portanto, o que se consente é apenas amenizar as dores, em cuidados paliativos. Manifestou-se igualmente a respeito o Papa João Paulo II, em 1980, desaprovando a eutanásia, por entender que ninguém tem o poder de autorizar a morte de um ser humano, conforme preceitua o mandamento da igreja que afirma "não matarás", e do mesmo modo, se declarou contrário à distanásia, reconhecendo que diante de uma morte irremediável, não obstante os meios empregados, é lícito ao paciente tomar a decisão de abdicar a algumas intervenções que proporcionaria exclusivamente uma prolongação precária e penosa da subsistência. Dessa forma, o catolicismo proíbe a eutanásia ativa, como, a distanásia, consentindo, até certo ponto, a ortotanásia. (MATIAS, 2004)

Nesse sentido, as religiões condenam a ação intencional de interferir no curso da vida humana, mudando seu rumo. Porém, quando o curso natural da vida era a morte próxima e inevitável, o homem não erra em abster-se em agir contra esse destino, desde que guiado pela intenção de minorar o sofrimento. (BRAGA, 2013, p. 99)

Por fim, podemos chegar à conclusão de que fica evidente o posicionamento das religiões mediante a morte, concluindo que a vida é tida como sagrada, inviolável, intangível, sendo um dom concedido por Deus e devendo ser preservada. Logo, a vida tem começo, meio e fim e se nós não decidimos o momento de nascer, é indiscutível certamente escolher a hora de morrer. Nesse sentido, torna claro a proibição da prática da eutanásia pelas igrejas, porém, elas se mostram mais flexíveis nos casos da ortotanásia, quando os tratamentos não trazem mais chances de cura e o sofrimento se torna maior, passando assim a permitir os cuidados paliativos que conduzirá o enfermo ao fim natural de seus dias, podendo se falar em uma morte com dignidade.

4 CASOS REAIS

José Humberto

Em novembro de 2017, uma reportagem no site da folha UOL, trouxe a seguinte manchete “ **À espera de uma morte ‘digna’, jovem decide abandonar ‘dor’ do tratamento**”, se tratava do drama vivido pelo jovem rapaz de 23 (vinte) anos, José Humberto, que sofre de uma doença renal crônica, a qual vem lutando desde 2015 quando descobriu o problema.

José Humberto disputava torneios de natação nos Estados Unidos, onde morava com o pai, após descobrir a doença, ele permaneceu por um tempo no país, fazendo uso apenas de remédios paliativos. De volta ao Brasil, foi morar com a mãe em Trindade-GO, onde iniciou as sessões de hemodiálise.

Havia necessidade de quatro sessões semanais na máquina de hemodiálise, que funciona como rim artificial, possibilitando a filtragem do sangue e a liberação de resíduos prejudiciais à saúde. No entanto José Humberto se propôs ir apenas em duas, e alertou sua mãe que em determinado tempo não iria mais dar continuidade ao tratamento, alegando querer morrer na data certa, sem nenhuma intervenção médica o forçando a viver.

Por conta da doença hoje o rapaz faz uso de cadeira de rodas, pois devido ao inchaço, seus pés já não suportam o peso do corpo, e por consequência suas pernas estão atrofiando, em entrevista concedida ao jornal Folha de São Paulo datado de 30 de novembro de 2017, ele explicou o motivo de interromper o tratamento, “Não dou conta de ficar na máquina porque dói muito” e também não pretendo entrar na fila de transplante de rim.

Em desacordo com sua vontade, Edina mãe de José Humberto, recorreu à Justiça pedindo a interdição do filho, e obteve sentença favorável pelo juiz Éder Jorge do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, que interditou parcialmente o paciente pelo período de um ano, nomeando sua mãe como curadora, dando-lhe o direito de leva-lo à hemodiálise. O juiz fundamentou sua decisão em avaliações médicas-psicológicas, chegando a conclusão de que o jovem mesmo consciente, não está apto a responder por si mesmo, não possuindo maturidade emocional suficiente. No entanto o juiz proibiu o uso de força ou sedação para obrigar o rapaz a comparecer às sessões, dessa forma Edina se sente sem autoridade, visto que o filho se recusa a seguir o tratamento.

José Humberto está consciente de que não conseguirá sobreviver por muito tempo sem o tratamento, e mesmo vendo o sofrimento de sua mãe alega que irá recorrer da sentença.

Hoje mãe e filho lutam na justiça, ela pelo direito de manter seu filho com vida, e ele pelo direito de pode negar o tratamento e assim ter uma morte digna. (ALMEIDA, 2017)

Paula Díaz

Forte dilema também é vivido pela chilena Paula Díaz de 19 (dezenove) anos, nascida na cidade de Talca, que luta contra uma doença rara, que até o momento os médicos de seu país não conseguiram diagnosticar de forma conclusiva. A doença faz com que a jovem faça movimentos involuntários, onde ocorre perda da consciência momentânea, além de paralisia das extremidades, a doença progride de forma intensa e segundo Paula a dor é insuportável.

Segundo Vanessa irmã de Paula tudo começou em 2013, quando a irmã foi hospitalizada, com sintomas de coqueluche, alguns médicos acreditam que um vírus presente na vacina possa ter se alojado na medula de Paula, pois tal fato ocorreu após ela ter recebido vacina tríplice contra tétano, difteria e coqueluche e sua imunização é obrigatória no país.

Após a primeira internação o seu quadro passou a piorar, a jovem começou a perder a mobilidade das pernas, dos braços, a sensibilidade em algumas partes do corpo e a se queixar de muitas dores. Muitos especialistas avaliaram o caso, mas nenhum encontrou uma causa para o que a jovem reclamava. Em 2015 um suposto diagnóstico, fez menção a um problema neurológico que também era degenerativo, mas não chegaram a uma conclusão do que se tratava de fato.

Nas diferentes clínicas que a jovem passou desde 2013, já foram diagnosticadas as possíveis doenças, bronquite obstrutiva, pneumonia e edema de laringe a transtorno depressivo maior, perda auditiva, escoliose, ataxia (perda de coordenação muscular), síndrome da conversão (transtorno mental que causa reações neurológicas sem uma causa aparente) e encefalite, diante da falta de diagnóstico preciso e da resposta se o tratamento traria a cura ou não, a família decidiu ajudar Paula na sua última vontade que implora por eutanásia.

A família gravou um vídeo que circula nas redes sociais, onde a jovem suplica para que a então presidente Michelle Bachelet, autorize sua eutanásia, pratica que é proibida no país. No vídeo ela aparece em uma cama de hospital, com seu corpo todo contorcido, alegando ser algo terrível, que não consegue descansar, que seu corpo está despedaçado, que não é possível apoiar qualquer parte dele sem sentir dor, e afirma não aguentar mais.

O vídeo passou de um milhão de visualização e reacendeu o debate sobre a eutanásia no país chegando a ser usado como exemplo no Congresso pelo deputado do Partido Liberal

Vlado Mirosevic, que é um dos defensores do suicídio assistido no país, ele destaca o direito que Paula tem em ter uma morte digna, e que a decisão do paciente deve ser colocada à frente da sociedade.

Em contrapartida o médico Kottow, que também é membro da Sociedade Chilena de Bioética, reconhece a necessidade do debate sobre a legalização da eutanásia no país, mas afirma que o caso da Paula não pode servir de exemplo, pois diante da falta de diagnóstico concreto, a eutanásia perde a fundamentação, pois antes de chegar ao extremo, seria obrigatório para o médico, conhecer o caso e ter respostas sobre o tratamento, se seria útil ou não, para ter força legal diante do pedido da paciente. (BBC NEWS BRASIL, 2018)

Ana Paula (nome fictício)

Em 2012, uma reportagem da Revista Época, narrou a história de quatro dos dez brasileiros que se inscreveram em uma clínica de suicídio assistido na Suíça, a Dignitas, que cobra cerca de R\$ 15 mil reais para garantir o direito a morte digna.

Ana Paula, ex-atleta de 32 (trinta e dois) anos, faz parte da lista desses brasileiros e resolveu contar o motivo que decidiu programar a própria morte. Ela conta que é formada em Educação Física e sempre praticou esportes, malhava, corria, tinha uma vida agitada, porém, sofreu um acidente ao praticar um mergulho, onde quebrou uma vértebra na coluna cervical e ficou tetraplégica, desde então há três anos ela somente consegue mexer a cabeça.

A lesão a qual foi acometida não tem cura, Ana Paula passou vários meses fazendo tratamento experimental, nos Estados Unidos, sem apresentar melhoras. Nesse tempo vários médicos testaram novos métodos, técnicas e cirurgias caras, mas sem oferecer resultado satisfatório. Tantas tentativas fracassadas fizeram Ana Paula preferir não correr o risco de passar por novos tratamentos, com medo de se decepcionar, pois, depois de muito pesquisar ela sabe que as perspectivas sobre o seu caso não são boas.

Ela diz não ser uma pessoa depressiva, tem acompanhamentos com psicólogo, psiquiatra, faz sessões de fisioterapia para não deixar os músculos atrofiarem, trabalha numa empresa, onde as ferramentas são adaptáveis para ela, apesar de toda a dificuldade ela tenta viver uma vida normal, porém, é impossível não lembrar da vida antes do acidente, hoje ela é uma pessoa totalmente dependente, simples atividades rotineiras como pentear o cabelo e escovar os dentes, se torna inexecutáveis por ela.

Para Ana Paula a situação em que vive é impossível, inviável e intolerável, como esperar viver uma vida longa se sempre estará dependendo da ajuda de alguém? E foi

pensando na qualidade de vida que ela não tem hoje, que resolveu se cadastrar na clínica Dignitas, decidindo que não quer envelhecer dessa maneira, e considera o suicídio assistido a melhor saída para a sua situação. Pretende com a ajuda de psicólogo debater o assunto em família, escolher a melhor hora e espera que sua decisão seja respeitada. (PONTES, 2012)

No primeiro caso citamos José Humberto, que decidiu interromper o tratamento, desistindo de prolongar um sofrimento, a essa pratica podemos chamar de ortotanásia, que é permitida pelo Conselho Federal de Medicina, mas diante da oposição da mãe, o Judiciário interferiu no seu direito de autonomia de vontade. No segundo caso, exploramos a história da garota chilena Paula Díaz, que sem ter precisão do seu diagnóstico, mas devida as fortes dores, renunciou ao seu direito de viver e pede desesperadamente o direito a eutanásia, pratica que é igualmente proibida em nosso país, e o indivíduo que a praticar será penalizado. E no último caso temos a história da Ana Paula, ex-atleta, que após ter ficado tetraplégica, depois de um acidente, decidiu como será o fim de seus dias, no que optou por se cadastrar em uma clínica de suicídio assistido, e busca assim viver os seus dias da forma o mais natural possível, tendo a certeza de que não irá envelhecer em uma cadeira de rodas.

Sendo assim, é possível compreender que nos três casos apontados, embora com personagens distintos, todos partem de um tema central que é a morte digna. Podemos perceber que se trata de uma situação delicada e rotineira, estando cada vez mais presente nos dias atuais. Tais conflitos necessitam urgentemente ser analisados, visando uma solução para aqueles que padecem dentro de seu próprio corpo, sem nenhuma perspectiva de melhora. Afinal de contas, em nome do princípio da dignidade da pessoa humana, o indivíduo não deve ser obrigado a viver a sua própria morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou analisar que diante da modernidade e os avanços científicos e tecnológicos, surge um grande conflito direcionado a finitude da vida. O direito à morte digna passa a ser um tema bastante discutido tanto na esfera ética como no âmbito jurídico, dessa forma, buscamos responder até que ponto o Estado pode intervir na vida de uma pessoa e prolongar esse processo de morrer.

Portanto, abordamos o biodireito, como sendo uma novidade no ramo jurídico, embasado pelos princípios bioéticos, da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia, que busca acima de tudo equilibrar essa balança, regulando as condutas humanas praticadas pelo avanço da medicina, assim como, resguardando a vida e a dignidade da pessoa humana. Dignidade essa que é tida como um princípio fundamental, que assegura ao cidadão uma existência digna, deixando-o livre para perpetrar suas escolhas, sem a intercessão de terceiros ou até mesmo do Estado.

É importante compreender que ao tratarmos do direito à vida digna, também estamos nos referindo ao direito a uma morte com dignidade, pois embora ainda seja um tabu na sociedade, a morte faz parte da vida, e, portanto, temos que entender que é inútil e muitas vezes doloroso prolongá-la, quando não houver mais expectativas de cura.

Nos casos apresentados neste trabalho, podemos perceber o quão importante é esse tema e o quanto carece de solução, todos os dias pessoas sofrem com esse dilema sem conseguir amparo no ordenamento jurídico.

É necessário entender que um paciente só terá sucesso no tratamento se acreditar e estiver disposto a encará-lo, estando convicto de sua melhora. Quando o mesmo já desistiu de continuar com a medicação e tem a sua opinião formada, se torna ineficaz obrigá-lo a prosseguir e muitas vezes só aumenta o sofrimento.

Dada a importância do tema, analisamos os institutos que legitimam o direito a morte digna, como a eutanásia, a ortotanásia e o suicídio assistido. Entretanto, a eutanásia e o suicídio assistido, são questões complexas, que causam estranhezas na sociedade, até mesmo em pessoas que concordam com o direito de morte digna. Conseqüentemente chegamos à conclusão que a ortotanásia seria uma solução parcial para o problema atual, pois se trata da morte natural, em seu momento certo, não visa estender e nem reduzir a vida de um paciente que se encontra em fase final de uma doença incurável. Sendo uma atitude do profissional que diante de morte inevitável, em concordância com a vontade do paciente, suspende procedimentos terapêuticos ineficientes, que apenas adiam à hora da morte e aumentam o

martírio. A ortotanásia garante os cuidados paliativos, visando reduzir a dor e promover o máximo de alívio durante o processo de morrer. No entanto a ortotanásia não está prevista no ordenamento jurídico, encontrando respaldo apenas na Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina.

Temos disposto na Resolução CFM nº 1.995/2012, as diretivas antecipadas de vontade, que também podemos usá-las como meio de solução para os problemas envolvendo os direitos fundamentais do homem relacionado à vida. Trata-se de um documento que pode ser lavrado por meio de escritura pública, evitando ser anulado por meio de ação judicial, mas nada impede que seja feito em documento privado, com o conhecimento dos familiares.

Dessa forma o indivíduo deixa exposto como serão os dias finais de sua vida, quais tratamentos serão usados, e até que ponto o médico deve intervir nos procedimentos, tendo os seus direitos respeitados quando não mais puder expressar sua vontade.

Vivemos em um país onde a questão cultural exerce um grande peso, onde a religião conta muito em diversos aspectos, principalmente os relacionados ao fim da vida, no entanto, a igreja já entendeu e aceitou a prática da ortotanásia, como forma de morte natural, e o Conselho Federal de Medicina busca atender a vontade do paciente, dessa forma, a ortotanásia é um instrumento fundamental de defesa a morte digna. Só resta ao ordenamento jurídico, aprovar o art.136-A, do Projeto de Lei nº6715/2009, que exclui a ilicitude da ortotanásia no Código Penal, pois a sua finalidade é respeitar os princípios constitucionais e bioéticos, além da autonomia da vontade do paciente enfermo.

Por outro lado, embora totalmente suprimido tanto pela religião, quanto pelo Conselho Federal de Medicina e ordenamento jurídico brasileiro, não podemos deixar de mencionar a eutanásia como forma de solucionar uma parte do problema, essa garantindo o direito a morte com dignidade para aquele que entende que a vida não tem mais qualidade considerável, quando uma pessoa passa a ser prisioneira de seu próprio corpo, como no caso apresentado da ex-atleta que ficou tetraplégica. É importante frisar que o intuito da eutanásia não é facilitar a morte em si, somente tratar com prudência aquele que necessita, possibilitando uma morte pacífica e serena, ao invés de uma morte lenta e dolorosa.

É imprescindível uma análise do caso concreto, pois diversos fatores precisam ser considerados, como exemplo componentes biológicos, culturais, capacidade psíquicas, tudo que possa influenciar na vontade do paciente, mas negar esse direito ao ser humano torna-se cruel, pois desvaloriza seu direito de escolha.

Assim sendo, sabemos que o direito à vida é uma garantia que nos assegura a Constituição Federal, e ao detentor não existe barreira em dispor desse direito, pois se trata de

um direito a vida e não um dever de viver. Se ao paciente é dado o direito de interromper o tratamento que considerar inválido, demonstrando assim, a garantia de liberdade e de autonomia jurídica, se torna controverso nega-lo o direito a morte digna. Dessa forma, existe a necessidade gritante do reconhecimento desse direito, pois a autonomia pertence a cada indivíduo e não ao Estado, não buscando banalizar a vida em si, mas garantindo um fim com dignidade para aquele que é acometido de dores insuportáveis ou quadros irreversíveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. À espera de uma morte 'digna', jovem decide abandonar 'dor' do tratamento. **Folha de S. Paulo - Um Jornal a Serviço do Brasil**, Goiânia, 30 nov 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1939409-a-espera-de-uma-morte-digna-jovem-decide-abandonar-dor-do-tratamento.shtml>>. Acesso em: 01 out .2018.
- AWAD, F. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista Justiça do Direito**, Passo Fundo, v.20, n.1, p. 111-120, 2006. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rjd/article/viewFile/2182/1413->>. Acesso em: 23 set .2018.
- BARCHIFONTAINE, C. D. P. D; PESSINI, . **Bioética alguns desafios**. Loyola. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, v. 2, 2002.
- BARROSO, M. C. **Direito à morte: autonomia para morrer com dignidade**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC em Direito)-FDRP. Ribeirão Preto, p. 77. 2014.
- BBC NEWS BRASIL: **Ela tem tanta dor que só quer morrer, jovem de 19 anos pede eutanásia e causa polêmica no Chile.**, 13 fev 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-43039188>>. Acesso em: 01 out .2018.
- BORGES, T. R. Tanatologia: o estudo da morte e do morrer. **Portal Educação**. s.d.; s.p. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/tanatologia-o-estudo-da-morte-e-do-morrer/59896>>. Acesso em: 08 set.2018.
- BRAGA, A. G. M. Direito humano de vida e de morte: a eutanásia perante o direito penal e a religião. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v.1, n.1, p.89-102, dez 2013. Acesso em: 07 set.2018.
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. **Título i dos princípios fundamentais iii**, Brasília, 5 out 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 23 set. 2018.
- BRASIL. DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. **Título i dos crimes contra a pessoa - capítulo i dos crimes contra a vida**, Rio de Janeiro, 7 dez 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 23 set 2018.
- BRASIL. LEI Nº 9.434 DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997. **Da disposição post mortem de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante.**, Brasília, 4 fev 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm>. Acesso em: 23 set 2018.
- BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 125, de 1996. **Autoriza a prática a morte sem dor nos casos em que especifica e da outras providências.**, Brasília, 05 jun 1996. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/27928>>. Acesso em: 23 set.2018.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012 - (NOVO CÓDIGO PENAL). **Reforma do Código Penal Brasileiro**, Brasília, 09 jul 2012. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>>. Acesso em: 23 set 2018.

BRASIL. Projeto de Lei PL 6715/2009. **Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia.**, Brasília, 22 dez 2009. Disponível em: <<https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465323>>. Acesso em: 23 set.2018.

BRASIL. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006. **Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de ser representante legal**, Brasília, 28 nov 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 23 set.2018.

BRASIL. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.995/2012. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes**, Brasília, 31 ago 2012. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

CAMPBELL, M.. **Cuidados Paliativos em Enfermagem: Nurse to Nurse**. Porto Alegre: AMGH; 2009. 296p.

CASTRO, M. P. R. D. et al. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, Brasília, v.24, maio/agosto 2016.

CONSTITUIÇÃO. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC em Direito)- UFP. Curitiba, p. 70. 2004.

CORVINO, J. D. F. Eutanásia: Um novo paradigma. **Revista. SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 37, p. 53-73, ago.2013. Disponível em: <<https://www.jfrj.jus.br/sites/default/files/revista-sjrij/arquivo/417-1826-1-pb.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2018.

DADALTO, L. **Testamento Vital**. São Paulo: Atlas, 2015. 184 p.

DINIZ, H. **O estado atual do biodireito**. 2.ed. São Paulo: Saraíva, 2002.

EISELE, R. L.; CAMPOS, M. D. L. B. **Manual de Medicina Forense & Odontologia Legal**. Curitiba: Juruá, 2003.

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética - Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. Loyola. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

FILHO, F. C. D. A. O direito constitucional ao fim da vida de forma digna: uma análise a partir do biopoder. **Revista da Ejuse**, v. 25, p. 165208, 2016. Disponível em:

<https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/102595/direito_constitucional_fim_albuquerque.pdf>. Acesso em: 30 ago.2018

FLORIANI, A. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Revista bioética (Impr.)**, Rio de Janeiro, p. 397-404, 21 mar 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a03v21n3.pdf>>. Acesso em: 06 set.2018.

FREIRE JÚNIOR, A. B.; SATLER, R. Considerações sobre direito de morrer. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 16, n.110, mar 2013. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12988&revista_caderno=6>. Acesso em: 10 set.2018.

GODINHO, A. M. **Eutanásia, Ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade - O Sentido de Viver e Morrer com Dignidade**. Curitiba: Juruá, 2016.

GONÇALVES, J. A. S. F. **Boa Morte: Ética no fim da vida**. Dissertação (Dissertação em Bioética) FMUP. Porto, p. 251. 2006.

GRECO,. **Curso de Direito Penal , Parte Especial**. 12. ed. Niterói- RJ: Impetus, 2015.

KIPPER, D. J. **Ética Teoria e Prática Uma Visão Multidisciplinar**. 1.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

LIMA, F. S. **Eutanásia como direito à morte digna**. Trabalho de Conclusão de Curso (Direito) UTP. Curitiba, 2016. p.43.

LOPES JR., D.; IACOMINI, V. **Bioética e Biodireito - Fim da Vida**. 22. ed. Curitiba: Juruá, 2015. 188 p.

LOUREIRO , C. R. M. **Introdução do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2009.

MABTUM, M. M.; MARCHETTO,. Concepções teóricas sobre a terminalidade da vida In: O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade [online]. **Scielo Books**, São Paulo, p.53-72. 2015. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qdy26/pdf/mabtum-9788579836602-03.pdf>>. Acesso em: 11 mai.2018.

MABTUM, M.; MARCHETTO, P.. O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas da vontade. **Scielo Books**, São Paulo, p.157. 2015. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qdy26/pdf/mabtum-9788579836602.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2018.

MATIAS, A. G. **A eutanásia e o direito à morte digna à luz da constituição**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC em Direito) – UFP. Curitiba, 2004. p.70.

MEIRELLES, J. M. L. **Biodireito em Discussão**. Curitiba: Juruá Editora, 2007.

MENEZES, R. A.; VENTURA. Ortotanásia, sofrimento e dignidade: Entre valores morais, medicina e direito. **Revista brasileira de ciências sociais**, v .28, n.81, fev 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092013000100013>>. Acesso em: 21 jun.2018.

NUNES, M. ; ANJOS, M. F. D. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista bioética (Impr.)**, Brasília, v.22, n. 2, p. 241-251, maio/ago 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222005>> Acesso em: 23 set.2018.

PEREIRA, L. M. **Testamento Vital : À Luz do Direito e Análise do Discurso**. Curitiba: Juruá, 2018.

PESSINI, L. **Distanásia - Até quando prolongar a vida?**. 2.ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

PESSINI, L. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** Loyola. ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.

PESSINI, L. **Grandes Temas da Atualidade Bioética e Biodireito**. 1.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. Edições Loyola. ed. São Paulo: EDUNISC - Editora do Centro Universitário São Camilo, v.3, 2006.

PIOVESAN, F.; IKAWA, D.; FACHIN, M. G. **Direitos Humanos na Ordem Contemporânea Proteção Nacional, Regional e Global**. Curitiba: Juruá, v. 4, 2010.

PONTES, F. Depoimentos de brasileiros que se inscreveram na clínica especializada em morte. **Época**, 23 jun 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/vida/noticia/2012/06/depoimentos-de-brasileiros-que-se-inscreveram-na-clinica-especializada-em-morte.html>>. Acesso em: 01 out.2018.

SÁ, M. D. F. F. D; NAVES, B. T. D. O. **Bioética, biodireito e o Código civil de 2002**. Belo Horizonte: Editora del Rey, 2004. 280p.

SÁ, M. D. F. F. **Direito de Morrer : Eutanásia, Suicídio Assistido**. 2.ed. Belo Horizonte: Livraria Del Rey Editora Ltda, 2005.

SANTORO, L. D. F. **Morte Digna: O Direito do Paciente Terminal**. Curitiba: Juruá, 2010.

SANTOS, D. A. et al. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Revista bioética (Impr.)**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 367-372, maio/ago 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222018>>. Acesso em: 06 set.2018.

SANTOS, M. C. C. L. D. Conceito médico-forense de morte. **Revistas USP**, nov. 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67369>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

SCALDAFERRI, L. Papeando com Pamplona Viver Morrer com Dignidade - Laura Scaldaferrri. **Youtube**, out 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=IOaT10fvWEg>>. Acesso em: 17 mai.2018.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. 3.ed. São Paulo: EdUSP, 2002. 173p.

- SZLACHTA, L. C. S.; OLIVEIRA, A. F. D. Direito à morte digna do Brasil. **JICEX- Jornada de Iniciação Científica e de Extensão Universitária do Curso de Direito das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba**, Santa Cruz, v.4, n.4, 2014.
Disponível em: <<http://ojs.santacruz.br/index.php/JICEX/article/view/914>>. Acesso em: 19 set.2018.
- TARTUCE, F. **Novos Direitos** : Após Seis Anos de Vigência do Código Civil de 2002. Curitiba: Juruá, 2009.
- TEIXEIRA, A. C. **Ortotanásia**: direito de um paciente terminal à morte digna sob a perspectiva do biodireito. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC em Direito) UTP. Curitiba, 2015. 54p.
- UNESCO, D.U.S.B.E.D.H. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
Comissão Nacional da Unesco - Portugal. Acesso em: 08 set.2018.
- VIEIRA, M. S. **Eutanásia, Humanizando a Visão Jurídica**. 1.ed. Curitiba: Juruá, 2009.
- WEYNE, B. C. **Princípio da Dignidade Humana- Reflexões a partir da filosofia de Kant**. São Paulo: Saraíva, 2013.
- XAVIER, M. ; MIZIARA, C. S. M. G.; MIZIARA, I.D. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v.19, n.1, p.26-34, 2014. Acesso em: 30 ago.2018.
- ZIEMANN, D. S.; ALVES, D. (Orgs). **A jurisdição constitucional e os direitos fundamentais nas relações privadas**: questões contemporâneas. 1.ed. São Paulo: PerSe, 2014. 312p.

ANEXOS

ANEXO - A

MODELO DE TESTAMENTO VITAL

Testamento Vital de

(Diretivas antecipadas de vontade)

Caso eu seja acometido de alguma enfermidade manifestamente incurável, que me cause sofrimento intenso e incontrolável ou me torne irreversivelmente incapaz para uma vida racional e autônoma; ou seja vítima de algum acidente ou trauma com iguais consequências, mesmo estando incapaz de exprimir a minha vontade faço constar, com base no princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade que aceito, como sempre o aceitei e declarei, a terminalidade dessa vida material, e repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil para tentar prolongá-la artificialmente. E o faço embasado na Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, e do artigo 41 do Código de Ética Médica – que sempre respeitei rigorosamente – em vigor na data da redação e assinatura desse documento. Em face do colocado, DECIDO, depois de me ter informado sobre as consequências medicinais e jurídicas, o seguinte:

A aplicação de medidas de prolongamento da vida, em especial operações, respiração e alimentação artificiais, incluindo a sonda gástrica, bem como a manutenção da função cerebral, não devem ser realizadas se dois médicos tiverem diagnosticado, independentemente um do outro:

- 1). Que me encontro, inelutavelmente, no processo direto de falecimento, no qual qualquer terapia de manutenção da vida irá apenas adiar a morte ou prolongar o sofrimento sem perspectiva de cura ou sequer de melhora significativa, ou
- 2). Que me encontro em coma sem perspectiva de recuperação da consciência, ou
- 3). Que a maior probabilidade é de que se dê uma lesão permanente no meu cérebro, causando invalidez total, ou
- 4). Que no meu corpo haja uma falha de funções vitais que não possa ser tratada com forte possibilidade de recuperação integral. Em outras palavras, que seja considerada irreversível.

Nesses casos, o tratamento e o cuidado devem se resumir aos CUIDADOS PALIATIVOS direcionados de forma a aliviar dores, inquietação e medo, mesmo que através desses tratamentos e cuidados não se possa excluir o encurtamento da vida.

Eu quero poder morrer com dignidade e em paz. E, de forma absoluta, desejo que isso aconteça – se não for de todo impossível – no meu ambiente familiar. Admito ir para uma UTI EXCLUSIVAMENTE se tiver alguma chance real de sair NO MÁXIMO EM UMA SEMANA. RECUSO terminantemente alimentação forçada ou artificial, caso não haja real possibilidade de que, em curto prazo isso me traga benefícios de cura. NÃO QUERO SER REANIMADO no caso de parada respiratória ou cardíaca, caso isso se repita por mais de duas vezes e ou tenha duração prolongada o suficiente para indicar prováveis sequelas neurológicas graves. Não quero que me seja aplicada qualquer ação médica pela qual os benefícios sejam nulos ou demasiadamente pequenos e não superem os seus potenciais malefícios. Eu quero o acompanhamento de fulano te tal OU outra pessoa de sua confiança que deverá se encarregar de tomar todas as providências que julgar necessárias para atender a essas minhas vontades, bem como cuidar de todas as questões financeiras relacionadas a mim. Caberá a ela decidir se irá ou não indicar outra pessoa para

dar cumprimento a essas minhas diretivas. As decisões contidas neste testamento vital foram tomadas após uma reflexão profunda e representam a minha posição fundamental ética em relação a questões de um cancelamento de tratamento. Numa situação concreta, na qual seja necessário decidir sobre um cancelamento das medidas de tratamento que estiverem sendo aplicadas em minha pessoa, solicito aos meus médicos que aceitem este testamento vital como vinculativo e procedam de acordo com a minha vontade. Outra decisão que não a que aqui foi formulada não tem para mim qualquer interesse. Importante: se, devido a leis alternantes, esta decisão tenha que ser tomada por um tribunal, nesse caso concedo plenos poderes à fulano de talpara obter o consentimento do tribunal também com a ajuda de um advogado de sua escolha.

(SZLACHTA e OLIVEIRA, 2014)

Curitiba, xx de xxxxxxxx de 20xx..

Assinatura

ANEXO - B
RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012

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

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

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

CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira; **CONSIDERANDO** a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas; **CONSIDERANDO** a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade; **CONSIDERANDO** que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais; **CONSIDERANDO** que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo; **CONSIDERANDO** o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

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

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

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

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

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

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

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Brasília-DF, 9 de agosto de 2012.

(BRASIL, 2012)

ANEXO - C
RESOLUÇÃO CFM nº 1.805/2006

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

(BRASIL, 2006)

ANEXO - D
PROJETO DE LEI nº 6715/2009

Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia.

O **Congresso Nacional** decreta:

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

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

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

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

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

Senado Federal, em de dezembro de 2009.

(BRASIL, 2009)