



Anna Caramuru Pessoa Aubert

# MORRER DIGNAMENTE

---

ASPECTOS FILOSÓFICOS, JURÍDICOS E  
MORAIS DA AUTONOMIA PARA MORRER



Ante o acentuado desenvolvimento tecnológico e científico ocorrido a partir da segunda metade do século XX, a expectativa de vida sofreu um significativo aumento e, para além dos indiscutíveis benefícios trazidos pela medicina para a saúde das pessoas, há de se debater, também, as novas questões bioéticas que surgem com este avanço, que vem possibilitando aos pacientes terminais e incuráveis um extenso período de sobrevivência, de modo artificial e por tempo indeterminado. Nesse contexto, passa a ser cada vez mais comum que os pacientes decidam que preferem morrer a viver de maneira que não considerem digna. Passam, então, a recusar tratamentos, ou pedem o auxílio de terceiros para sua morte. Por meio da pesquisa eminentemente bibliográfica nacional e estrangeira, e da análise crítica da doutrina, de fontes oficiais de legislação, documentos, casos práticos, decisões jurisprudenciais e outras fontes confiáveis, a finalidade do presente livro é verificar quais direitos fundamentais devem prevalecer no debate acerca do direito à morte digna, como o ordenamento jurídico pátrio regulamenta, atualmente, as diferentes práticas relacionadas à autonomia para morrer, entrar em contato com as decisões políticas de outros países a respeito de tais práticas, debater questões difíceis do ponto de vista jurídico, filosófico e moral, e tentar afastar os argumentos comumente utilizados por aqueles que se opõem à existência de uma autonomia para morrer.



**Morrer dignamente**

## *Direção Editorial*

---

Lucas Fontella Margoni

## *Comitê Científico*

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Carlos da Silva Pimentel**

**Prof. Dr. Roberto Baptista Dias da Silva**

**Prof. Dr. Mario Thadeu Leme de Barros Filho**

# Morrer dignamente

Aspectos filosóficos, jurídicos e morais da autonomia para morrer

**Anna Caramuru Pessoa Aubert**



**Diagramação:** Marcelo A. S. Alves

**Capa:** Carole Kümmecke - <https://www.conceptualeditora.com/>

**Arte de Capa:** Jean Henry Lear Aubert

**O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.**



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) [https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

AUBERT, Anna Caramuru Pessoa

Morrer dignamente: aspectos filosóficos, jurídicos e morais da autonomia para morrer [recurso eletrônico] / Anna Caramuru Pessoa Aubert -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2021.

288 p.

ISBN - 978-65-5917-151-4

DOI - 10.22350/9786559171514

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Eutanásia; 2. Suicídio assistido; 3. Distanásia; 4. Morte digna; 5. Autonomia para morrer; I. Título.

CDD: 100

---

Índices para catálogo sistemático:

1. Filosofia 100

Para minha avó Tuca, pelas incansáveis revisões e pela inspiração que sempre foi para mim. Para minha avó Isa, para meus pais e meu irmão, por todo apoio e amor incondicional. Para Guilherme, por tornar minha vida mais alegre. Para minhas grandes amigas – que sabem quem são – , por se fazerem, sempre, tão presentes. Para minha orientadora e amiga Silvia, que me inspira e ensina desde o primeiro ano da graduação, quando suas aulas fizeram com que eu me apaixonasse pelo Direito.



**“infância**

*era num tempo em que, à noite, as estrelas  
tomavam conta do céu como um tapete  
gigantesco  
meu avô tinha uma fazenda, e ele me deu de  
aniversário um cavalo e uma sela  
o cavalo se chamava (eu dei o nome)  
pégaso, e era preto  
não completamente preto, na verdade, um  
pouco amarronzado, mas eu o  
queria preto, e via preto, sabendo (sem no  
entanto admitir) que ele era  
amarronzado e  
naquele tempo, à noite, as estrelas  
tomavam conta do céu como um tapete  
gigantesco  
e dormir na fazenda de meu avô, naquela  
casa de piso de tábuas largas  
e a varanda com vasos e trepadeiras e vista  
para os eucaliptos no horizonte  
e o pomar e as casas de marimbondos  
e o cheiro dos copos de uísque e das  
porções de queijo gorgonzola de meu  
avô  
e o chapéu e a jaqueta de couro dele  
dependurados junto à porta de entrada  
e a pistola browning na gaveta da mesa de  
cabeceira dele  
e a árvore junto à casa, onde eu vi (ou  
imaginei) escorpiões negros*

e o aristides amansando touro bravo  
e a dona josefina na cozinha,  
e as tempestades que chegavam vindas do  
horizonte, como aquela que nos  
pegou, nós  
dois, meu avô e eu, a charrete, galopando  
de volta para a sede, na tarde  
em que ele tentava sem sucesso me fazer  
decorar a tabuada  
e dormir, como eu ia dizendo, na fazenda  
de meu avô  
dava uma sensação de segurança, de  
permanência, de eternidade  
que eu nunca mais senti  
e eu nunca mais voltei lá,  
era naquele tempo em que, à noite, as  
estrelas tomavam conta do céu como  
um tapete  
gigantesco hoje aquele lugar é  
um condomínio e como eu ia dizendo,  
eu nunca mais voltei lá”.

**“tempo**

no jardim interno da casa de interior,  
repleto de folhagens coloridas  
minha avó sentada, na cadeira de vime  
tomando sol; um sol tépido de outono,  
vestida com uma camisola de flanela  
quadriculada,  
vermelha, branca e amarela,  
ela tem os óculos de leitura dependurados  
por uma correntinha e  
com uma das mãos segura um pedaço do  
jornal do dia, que não lê, e  
com a outra tenta segurar o tempo, que  
escorre  
entre seus dedos, mas não consegue”.

**“(sem título)”**

*você tinha medo do relógio, era natural,  
pois a  
respiração era difícil, o ar entrava só a  
muito custo em seus pulmões, era  
como se um cofre estivesse depositado  
sobre o seu tórax, então era  
natural que você tivesse medo do relógio, e  
que preferisse as manhãs às tardes, porque  
as  
manhãs traziam o sol pela janela do quarto  
e tinha a hora do banho e as  
manhãs tinham os programas de música  
clássica na rádio cultura e então as  
manhãs traziam sensação de vida, ao passo  
que nas  
tardes o ar ficava muito abafado (era  
verão) e  
a cada minuto o relógio ia mostrando que  
a noite se aproximava, e você não gostava  
das noites porque  
as noites traziam os pesadelos e também  
porque  
todos sabem que os doentes pioram, e  
morrem,  
à noite, e à noite o seu velho relógio de  
pulso prateado ficava fazendo  
tic-tac junto ao  
copo d'água e à caixinha de óculos de  
leitura  
no criado-mudo”.*

(Poemas de André Caramuru Teixeira Aubert)



# Sumário

<b>Prefácio</b>	<b>15</b>
-----------------	-----------

---

<b>Apresentação</b>	<b>17</b>
---------------------	-----------

---

<b>1</b>	<b>22</b>
----------	-----------

---

## **Conceitos**

1.1 Eutanásia.....	22
1.1.1 Evolução histórica do conceito.....	22
1.1.2 Eutanásia, eugenia e genocídio.....	27
1.1.3 Terminalidade.....	32
1.1.4 Eutanásia voluntária, eutanásia involuntária e eutanásia não-voluntária.....	34
1.1.5 Eutanásia ativa e eutanásia passiva (ou ortotanásia).....	36
1.1.6 Mistanásia.....	40
1.2 Suicídio assistido.....	42
1.3 Distanásia.....	44
1.4 Cuidados paliativos.....	49
1.5 Diretivas antecipadas de vontade.....	54

<b>2</b>	<b>57</b>
----------	-----------

---

## **Direitos fundamentais em jogo**

2.1 A laicidade do Estado: uma premissa.....	58
2.1.1 A sacralidade da vida em Dworkin e a liberdade religiosa.....	68
2.2 O princípio da dignidade aplicado à morte.....	78
2.3 A disponibilidade do direito à vida.....	84
2.4 A autonomia no direito à morte digna.....	91

<b>3</b>	<b>101</b>
----------	------------

---

## **Aspectos jurídicos da morte digna**

3.1 No Brasil.....	101
3.1.1 O consentimento informado e o direito à informação.....	101
3.1.2 A eutanásia passiva.....	115

3.1.3 A legitimidade das diretivas antecipadas de vontade.....	124
3.1.4 A distanásia e os cuidados paliativos .....	132
3.1.5 A criminalização da eutanásia ativa direta e do suicídio assistido .....	139
3.2 No mundo .....	144
3.2.1 Colômbia.....	146
3.2.2 Países do Benelux .....	152
3.2.3 Canadá .....	159
3.2.4 Estados Unidos da América .....	163
3.2.5 Austrália.....	166
3.2.6 Suíça.....	168
3.2.7 Alemanha.....	180

## **4**

**185**

### **O debate em torno da autonomia para morrer**

4.1 Análise de casos .....	187
4.1.1 Pacientes conscientes e capazes no momento da opção pela morte .....	187
4.1.2 Pacientes incapazes no momento da decisão pela morte, ou que se encontrem inconscientes, sem que tenham deixado diretivas antecipadas de vontade .....	192
4.1.3 A diferença moral entre a eutanásia ativa direta e a ortotanásia, e entre a eutanásia ativa direta e o suicídio assistido.....	217
4.1.4 A justificativa de Dworkin para permitir que sejam cumpridas as diretivas antecipadas de vontade deixadas por pessoas enquanto lúcidas e que foram, depois, acometidas por alguma forma de demência, e o contraponto trazido por Rebecca Dresser .....	228
4.2 Argumentos frequentemente utilizados na discussão sobre a eutanásia .....	243

### **Considerações finais**

**254**

### **Referências**

**270**

## Prefácio

Quando eu tinha em torno de dezesseis anos, meu avô passou os últimos meses de sua vida em nossa casa. Jean era artista plástico, e o material com o qual ele trabalhava levou seus pulmões a se petrificarem, pouco a pouco. Ele, que era um suíço alto, forte e extremamente culto, estava, mesmo no auge da doença, lúcido, e queria viver, mas seus pulmões não permitiram. Foi um fim de vida sofrido. E foi muito difícil vê-lo morrer, lentamente, naquele quarto pela frente do qual eu desejava passar correndo – me sentindo, claro, culpada – e que parecia oprimir a casa inteira. Eu não era muito próxima do meu avô, porque ele nunca se fez muito presente na vida do meu pai. De vez em quando ele vinha em casa, me levava ao museu, jantava com a gente, e até passava a noite, mas nossa relação não passava muito disso. O que foi difícil foi ver a morte ali, de perto, dia a dia, pouco a pouco, e o sofrimento, a troca de enfermeiros, e o meu pai tendo que lidar com aquilo tudo, com tanta mágoa e, ao mesmo tempo, amor. Eu mal ficava em casa naquela época.

Com a minha bisavó, o cenário foi totalmente diferente. Apesar de sua difícil história de vida, ela sempre se fez extremamente presente. Aos dois anos de idade, Cleonice perdeu sua mãe e, dos cinco aos quinze anos, viveu em um colégio interno. Já adulta, em uma época em que certas coisas eram impensáveis, Nice foi abandonada pelo marido, após acompanhá-lo em sua carreira na magistratura, durante anos, por incontáveis cidades no interior; mais tarde, perdeu uma filha, assassinada por um primo, que não aceitou o término do relacionamento entre eles. E, ainda assim, ela sempre se esforçou para ser feliz, e, diga-se de passagem, acho que conseguiu. Quando ela já estava bem velhinha, não lembrava de mim nem de meu

irmão, mas se alegrava extremamente quando contávamos para ela que éramos seus bisnetos. Mesmo sem a lucidez de outrora, era extremamente apegada à vida e não queria morrer de jeito nenhum. Algumas questões suscitadas no livro são particularmente difíceis para mim, por me lembrarem tanto dela...

Da minha tia-avó Maria Júlia, cunhada da minha bisa, nunca fui particularmente próxima. Mas o final da sua vida foi tão triste, e tão cruel, que ficou gravado em minha memória. Viúva desde muito jovem, Lili, como era conhecida, trabalhou como professora durante anos, profissão que ela adorava. Ao final da vida, entretanto, se viu deixada em um asilo. Poucos meses após chegar àquele lugar, tia Lili morreu.

Me lembro daquela casa de repouso como se fosse ontem: no dia da minha visita, os idosos estavam largados em uma sala, em círculo, cada um em uma cadeira, com suas cabeças pendendo para baixo; havia uma infestação de abelhas no quintal, de modo que as portas estavam fechadas, tornando o ambiente ainda mais opressor; as cuidadoras roubavam os presentes que os internos recebiam de seus familiares – eu cheguei a levar um chocolate para tia Lili mas, antes que me despedisse dela, ele já havia sido levado – e as bananas, que eram a sobremesa oferecida no almoço, eram entregues ainda com casca, largadas em uma bandeja. Estranho como esses pequenos detalhes marcam. Eu a visitei naquele lugar apenas uma vez, e lembro de ter sentido uma tristeza profunda.

Esse livro é sobre todas essas pessoas, e sobre nenhuma delas. É sobre a velhice, sobre a morte, sobre a doença, sobre o tempo, sobre a liberdade, sobre a democracia e sobre a diversidade. Em cada reflexão e em cada leitura, levei comigo as pessoas que perdi.

## Apresentação

Quando eu comecei a trabalhar na minha dissertação de mestrado<sup>1</sup>, sob orientação da Professora Silvia Pimentel, na PUC-SP, eu não sabia exatamente que rumo minha pesquisa iria tomar. Eu sabia, apenas, que queria escrever sobre a morte, e sobre a liberdade de sermos quem somos, em uma sociedade plural e diversa.

A questão da morte sempre me interessou, como interessa, acredito, a qualquer pessoa, já que a consciência sobre o fim é uma das marcas que nos torna humanos.

Apesar de a morte significar, para cada um de nós, uma coisa diferente, é possível dizer que, de um modo geral, todos tememos, em algum momento de nossas vidas, o desconhecido que ela representa. Ainda assim, o fato é que, mesmo antes de nascermos, o mundo seguia normalmente e, após nossa morte, tudo prosseguirá como sempre. Vivemos, apenas, numa breve janela no tempo. É como escreveu Vladimir Nabokov<sup>2</sup>: “O berço oscila num abismo, e o senso comum nos diz que nossa existência não é senão uma fresta de luz entre duas eternidades de escuridão”.

E mesmo que todos tenhamos certeza, desde muito cedo na vida, de que um dia ou outro iremos morrer, a discussão sobre a morte é algo que buscamos ignorar até que ela seja absolutamente necessária.

---

<sup>1</sup> AUBERT, Anna Caramuru Pessoa. *Morrer dignamente: aspectos filosóficos, jurídicos e morais da autonomia para morrer*. Dissertação (mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22837>. Acesso: 29 abril 2021.

<sup>2</sup> NABOKOV, Vladimir. *Fala, memória*. Trad. Luiz Carlos Dolabela Chagas, Rio de Janeiro: Editora Saga, 1966, p. 15.

Na atualidade, a morte é encarada, por muitos, como um tabu. Paradoxalmente, nunca foi tão importante o debate sobre a maneira como cada um deseja ser tratado quando o fim estiver próximo.

Tanto em países desenvolvidos como emergentes, é possível notar alterações demográficas que apontam para uma maior longevidade da população, fato que decorre, dentre outros motivos, da urbanização intensa ocorrida nas últimas décadas – e ampliação, portanto, do alcance do saneamento básico –, da melhoria das condições de trabalho e, especialmente, dos avanços da medicina ocorridos a partir da segunda metade do século XX.<sup>3</sup>

Neste contexto, para além dos indiscutíveis benefícios trazidos pela medicina para a saúde das pessoas – passaram a haver curas, vacinas e tratamentos para doenças e condições que, antes, seriam fatais –, há de se debater, também, as novas questões bioéticas que surgem com este avanço.

Isso porque, se é verdade que o desenvolvimento tecnológico da medicina vem, de um lado, possibilitando a cura de cada vez mais pessoas, de outro, este avanço, em especial nas últimas décadas, vem possibilitando aos pacientes terminais e incuráveis um extenso período de sobrevida, de modo artificial e por tempo indeterminado.

É por isso que, na atualidade, além do medo da morte, tememos que, em algum momento de nossas vidas, quando já não exista mais a perspectiva de um futuro e estejamos totalmente dependentes de terceiros, sejamos obrigados a seguir vivos, no sentido estritamente biológico da palavra, por anos e anos a fio, prisioneiros de nossos corpos.

---

<sup>3</sup> DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio. *Morrer com dignidade: um direito fundamental*. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 121-134. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf). Acesso: 21 fev. 2021, p.

Nesse contexto, passa a ser cada vez mais comum que os pacientes decidam que preferem morrer a viver de maneira que não considerem digna. Passam, então, a recusar tratamentos, ou pedem o auxílio de terceiros – geralmente médicos – para sua morte.

São diversos os mecanismos possíveis para que se possa exercitar a autonomia para morrer. No Capítulo 1, delimitaremos os diferentes conceitos utilizados quando se discute o tema, como a eutanásia e suas diversas classificações e derivações, o suicídio assistido, a distanásia (ou obstinação terapêutica), os cuidados paliativos, e as diretivas antecipadas de vontade.

A seguir, no Capítulo 2, nos debruçaremos sobre questões como: a vida possui um valor sagrado? Caso a resposta seja positiva, o que significa respeitá-lo, e pode o Estado impô-lo a toda população? O direito à vida implica um dever de viver? A autonomia abrange o direito de escolher o momento e a forma de morrer?

Para responder a tais questionamentos, analisaremos a aplicação, ao caso, dos princípios da laicidade do Estado (abordando, neste momento, o recorte de Ronald Dworkin sobre a sacralidade da vida), da dignidade, do direito à vida, e do direito à autonomia.

Surgem, ademais, questões de cunho prático, como aquelas relacionadas à possibilidade, segundo o ordenamento jurídico brasileiro, de recusar tratamentos, de deixar diretivas antecipadas de vontade, ou de pedir auxílio para morrer, o que será visto no Capítulo 3. Neste ponto, analisaremos, dentre outras coisas, como a informação deve ser dada ao paciente, e como deve ser seu consentimento, para que não se esteja diante, tão somente, de uma maneira de isentar o médico de suas responsabilidades, mas, principalmente, de proteger a autonomia do enfermo. Ainda, será analisada a dificuldade prática de se determinar quando o tratamento deve ser suspenso – para que não se esteja diante de uma

obstinação terapêutica –, e quando devem ser aplicados os cuidados paliativos.

Interessa saber, também, como outros países regulamentam essas questões, de modo que, ao final do terceiro capítulo, elegeremos alguns casos que consideramos interessantes para o debate. Será possível, com isso, verificar os diferentes critérios que podem ser utilizados para garantir que a autonomia do paciente seja efetiva, e que a prestação do auxílio à morte seja, na maior medida possível, segura.

Finalmente, no Capítulo 4, tendo em mãos todas as ferramentas adquiridas nos capítulos anteriores, buscaremos responder a uma série de questões de cunho predominantemente moral e filosófico, por meio da análise de casos práticos. Nos debruçaremos, primeiramente, sobre os cenários mais simples, em que o paciente é capaz e se encontra consciente no momento de optar pela morte; em seguida, sobre aqueles em que o paciente é incapaz ou se encontra inconsciente no momento de morrer, sem que tenha deixado diretivas antecipadas de vontade (nesse momento, analisaremos, também, os casos relacionados a crianças e adolescentes, e a questão referente a quem tem a legitimidade para decidir em seu nome); após, também por meio da análise de casos, discutiremos se existe uma diferença fundamental entre a eutanásia ativa direta e a eutanásia passiva (ou ortotanásia), e entre a eutanásia ativa direta e o suicídio assistido; por fim, será debatida a questão da autonomia de pacientes que deixaram diretivas antecipadas de vontade e desenvolveram, mais tarde, alguma forma de demência.

Ao final do Capítulo 4, examinaremos alguns dos argumentos mais frequentemente utilizados por parte daqueles que se opõem à existência de um direito à morte digna. Nesse momento, trabalharemos, principalmente, com os riscos de se permitir e de se proibir as práticas relacionadas à eutanásia.

Não temos a pretensão de esgotar o assunto, tão extenso e delicado, e nem de chegar a respostas rígidas e absolutas.

Por meio da pesquisa eminentemente bibliográfica nacional e estrangeira, e da análise crítica da doutrina, de fontes oficiais de legislação, documentos, casos práticos, decisões jurisprudenciais e outras fontes confiáveis, a finalidade deste livro é verificar quais direitos fundamentais devem prevalecer no debate acerca da autonomia para morrer, estabelecer como o ordenamento jurídico pátrio regulamenta, atualmente, as diferentes práticas relacionadas à morte digna, entrar em contato com as decisões políticas de outros países a respeito de tais práticas, debater questões difíceis do ponto de vista jurídico, filosófico e moral, e buscar afastar os argumentos comumente utilizados por aqueles que se opõem à eutanásia.

# 1

## Conceitos

Para que se discuta o tema da autonomia para morrer e o direito à morte digna é essencial que sejam analisadas as diferentes expressões que surgem neste campo e que acarretam, não raras vezes, consequências jurídicas completamente diferentes.

Tendo esse horizonte em vista, será feita, inicialmente, uma breve exposição a respeito da evolução histórica do conceito de eutanásia e, então, serão apresentadas algumas definições trazidas pela doutrina mais atual, e algumas classificações pertinentes à discussão.

Em seguida, trabalharemos com outras formas de se garantir a morte digna, como a distanásia, os cuidados paliativos e as diretivas antecipadas de vontade e, com essas ferramentas em mãos, será possível que passemos aos próximos capítulos.

### 1.1 Eutanásia

#### 1.1.1 Evolução histórica do conceito

O conceito de eutanásia, ao longo dos séculos, sofreu significativas transformações.

Segundo Márcio Palis Horta<sup>1</sup>, já na pré-história havia médicos para apressar a morte, conforme práticas culturais de certos povos primitivos. Na antiguidade greco-romana, ainda, o direito de morrer era reconhecido,

---

<sup>1</sup> HORTA, Márcio Palis. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 27-33, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/290/429](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/290/429). Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

permitindo-se aos doentes desesperançados pôr um fim às suas vidas, inclusive com ajuda externa. Para o autor, foi apenas com o advento do cristianismo e com o surgimento da noção de santidade da vida que essas práticas tiveram fim.

Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira<sup>2</sup>, por seu turno, argumentam que, mesmo entre alguns povos primitivos, “sacrificavam-se os doentes, velhos e débeis e se o fazia publicamente numa espécie de ritual cruel e desumano”. Na Índia, por exemplo, os portadores de doenças incuráveis tinham suas bocas e narinas tampados com uma lama sagrada e, então, eram jogados no rio Ganges. Em Esparta, os bebês que nascessem com alguma forma de deformidade, além dos idosos, que não tinham mais utilidade bélica, eram lançados do alto do Monte Tajeto. Ainda, na Idade Média, os guerreiros feridos recebiam um “punhal afiadíssimo, denominado misericórdia, que lhes servia para evitar o sofrimento prolongado da morte e para não caírem nas mãos do inimigo”. Por fim, o “polegar para baixo dos Césares era uma permissão à eutanásia, facultando aos gladiadores uma maneira de fugirem da morte antagônica e da desonra”.

Para Horta<sup>3</sup>, a expressão eutanásia, até o século XVII, dizia respeito aos meios para se atingir uma morte boa ou fácil, cultivando-se uma vida sóbria e de temperança, e aceitando-se a própria mortalidade.

Foi apenas em 1605 que a prática passou ao domínio da medicina, quando Francis Bacon cunhou o termo “eutanásia” no sentido atualmente utilizado<sup>4</sup>, cuja etimologia remete à noção de “boa morte”, já que *eu é*

---

<sup>2</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos*. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015, p. 85.

<sup>3</sup> HORTA, Márcio Palis, *op. cit.*, não paginado.

<sup>4</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, 85; e VALADÉS, Diego. *Eutanasia: régimen jurídico de la autonomía vital*. In CARPIZO, Jorge; VALADÉS, Diego. *Derechos humanos, aborto y eutanásia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia e Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, p. 81.

vocábulo grego que significa “boa” e, *thanatos*, “morte”. Bacon<sup>5</sup>, em “O progresso do conhecimento”, assim escreve:

Mais ainda, estimo ser ofício do médico não só restaurar a saúde, mas também mitigar a dor e os sofrimentos, e não só quando essa mitigação possa conduzir à recuperação, mas também quando se possa conseguir com ela um trânsito suave e fácil; pois não é pequena benção essa Eutanásia que César Augusto desejava para si<sup>6</sup>[...]. Mas os médicos, ao contrário, têm quase por lei e religião seguir com o paciente depois de desesperançado, enquanto, a meu juízo, deveriam em vez disso estudar o modo e pôr os meios de facilitar e aliviar as dores e agonias da morte.

A partir desse momento, então, a palavra ganha conotação de aliviar o sofrimento de doentes terminais, inclusive, quando necessário, apresando-se a morte. “Este significado de provocar a morte indolor de um doente terminal, sem chances de recuperar a saúde, prevalece até os dias atuais”.<sup>7</sup>

Interessante observar, como feito por Diego Valadés<sup>8</sup>, que, mesmo antes de Bacon, o filósofo renascentista Thomas More<sup>9</sup>, em “Utopia”, defendeu a necessidade de se pôr fim ao sofrimento daqueles que “sobrevivem à própria morte”. Nas palavras de More:

[...] os enfermos são cuidadosamente tratados e nada do que pode ser feito para curá-los é negligenciado, sejam remédios ou alimentos. Faz-se de tudo

---

<sup>5</sup> BACON, Francis. *O progresso do conhecimento*. Trad. Raul Fiker, São Paulo: Editora Unesp, 2007, p. 175.

<sup>6</sup> Bacon, neste trecho, faz referência à obra de Suetônio, que descreve a seguinte situação: “A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois, todas as vezes que ouvia dizer que alguém morreria logo e sem padecimentos, almejava para si e para os seus igual ‘eutanásia’ (conforme a palavra que costumava empregar)”. (SUETÔNIO. *A vida dos doze Césares*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2012. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/539475/001035170.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021).

<sup>7</sup> HORTA, Márcio Palis, *op. cit.*, não paginado.

<sup>8</sup> VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 81-82.

<sup>9</sup> MORE, Thomas. *Utopia*. Trad. Anah de Melo Franco, Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004, p. 92-93.

para mitigar o sofrimento daqueles que sofrem de doenças incuráveis e aqueles que os visitam fazem de tudo para consolá-los. Entretanto, no caso da [sic] doença ser não apenas incurável, mas também provocar um sofrimento atroz e contínuo, os sacerdotes e as autoridades públicas exortam o enfermo a não prolongar mais sua agonia. Lembram ao enfermo de que agora ele está incapacitado para a vida, tornando-se um fardo para os outros e para si próprio e que, na realidade, está apenas sobrevivendo à própria morte. Dizem-lhe que não deveria permitir que a doença continuasse a fazê-lo sofrer por mais tempo e que a vida, ao transformar-se numa simples tortura, e o mundo, numa mera prisão, não deveria hesitar em libertar-se, ou deixar que outros o libertassem dessa vida arruinada [sic]. Seria um gesto sábio, dizem eles, uma vez que, para ele, a morte põe um fim à agonia. Além disso, estaria seguindo os conselhos de sacerdotes, que são os intérpretes da vontade de Deus, e que asseguram que esse seria um gesto santo e piedoso. Os que se deixam persuadir põem fim aos seus dias, jejuando voluntariamente até a morte ou então tomando uma poção que os faz adormecer sem sofrimento, até que morram sem o perceberem. Todavia, essa solução jamais é imposta sem o consentimento do enfermo e quando este decide o contrário, os cuidados a ele dispensados não diminuem. Nas circunstâncias em que a morte é recomendada pelas autoridades públicas, considera-se a eutanásia um gesto honrado. O suicídio, no entanto, é considerado indigno da terra ou do fogo, e o corpo daquele que se mata sem a aprovação dos sacerdotes ou do senado é ignominiosamente lançado no pântano mais próximo.

Na atualidade, existem diversas definições para o que seria, propriamente, “eutanásia”, e que distinguem a prática de outras similares, que serão, mais adiante, analisadas.

No dicionário, a eutanásia é descrita como a “morte serena, sem sofrimento”<sup>10</sup> ou, ainda, como “prática pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável”<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 853.

<sup>11</sup> CUNHA, Antônio Geraldo da. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 338.

Roberto Dias<sup>12</sup>, por seu turno, trabalha com o seguinte conceito:

[...] eutanásia deve ser entendida como o comportamento médico que antecipa ou não adia a morte de uma pessoa, por motivos humanitários, mediante requerimento expresso ou por vontade presumida – mas sempre em atenção aos interesses fundamentais – daquele que sofre uma enfermidade terminal incurável, lesão ou invalidez irreversível, que lhe cause sofrimentos insuportáveis, do ponto de vista físico ou moral, considerando sua própria noção de dignidade.

Já Sá e Moureira<sup>13</sup> entendem que eutanásia seria:

[...] a morte de pessoa – que se encontra em grave sofrimento decorrente de doença, sem perspectiva de melhora – produzida por médico, com o consentimento daquela. A eutanásia, propriamente dita, é a promoção do óbito. É a conduta, através da ação ou omissão do médico, que emprega, ou omite, com consentimento da pessoa, meio eficiente para produzir a morte em paciente incurável e em estado de grave sofrimento, diferente do curso natural, abreviando-lhe a vida.

Para Peter Singer<sup>14</sup>, atualmente, a expressão diz respeito “à morte deliberada daqueles que têm doenças incuráveis e sofrem de angústia e dores insuportáveis, com o propósito de poupá-los de mais aflição e sofrimento”.

Albert Calsamiglia<sup>15</sup>, por sua vez, propõe a seguinte definição:

---

<sup>12</sup> DIAS, Roberto. *O direito fundamental à morte digna: uma visão constitucional da eutanásia*. Belo Horizonte: Fórum, 2012, p. 148.

<sup>13</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 85-86.

<sup>14</sup> SINGER, Peter. *Ética prática*. 4ª ed. Trad. Jefferson Luiz Camargo, São Paulo: Martins Fontes, 2018, p. 239.

<sup>15</sup> CALSAMIGLIA, Albert. Sobre la eutanasia. *Doxa*, Cuadernos de Filosofía del Derecho, Alicante, Universidad de Alicante, n. 14, 1993, p. 337-358. Disponível em: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmci2659>. Acesso: 22 fev. 2021, p. 345-346. Tradução nossa. O original está assim redigido: “La eutanasia significa la inducción de la muerte sin dolor en interés del destinatario y supone la reducción de la duración de la vida de un enfermo terminal. El daño que se infringe al destinatario es la reducción de la duración de la vida; si el enfermo no es terminal entonces no es un caso de eutanasia. Esta está fundada en el principio de que nadie debe ser cruel con los demás. [...] Existe eutanasia si a) se precipita la muerte; b) de un enfermo terminal; c) que la desea; d) con el objetivo de evitar

Eutanásia significa a indução de morte sem dor, no interesse do destinatário, e envolve a redução da duração de vida de um paciente terminal. O dano que é infligido ao receptor é a redução da duração da vida; se o paciente não é terminal, então não é um caso de eutanásia. A prática tem fundamento no princípio de que ninguém deve ser cruel com os demais. [...] Existe eutanásia se a) antecipa-se a morte; b) de um enfermo terminal; c) que deseja morrer; d) com o objetivo de evitar um dano maior; e) a ação ou omissão é realizada por uma terceira pessoa. [...] Eutanásia significa ajudar a morrer com dignidade. A morte já está próxima.

Por fim, Claus Roxin<sup>16</sup> descreve a eutanásia como “a ajuda que é prestada a uma pessoa gravemente doente, a seu pedido ou pelo menos em consideração à sua vontade presumida, no intuito de lhe possibilitar uma morte compatível com a sua concepção da dignidade humana”.

Fica claro, portanto, que a morte praticada por meio da eutanásia é uma morte piedosa, que leva em consideração os interesses fundamentais do paciente acometido por uma enfermidade terminal e incurável, ou por uma lesão ou invalidez irreversível, que lhe causam um sofrimento tão intenso, que fazem com que ele escolha acelerar ou não adiar o encerramento de sua vida, nos seus próprios termos, e em atendimento à sua própria concepção de dignidade.

### **1.1.2 Eutanásia, eugenia e genocídio**

Estabelecida a definição de eutanásia, trabalharemos com os conceitos de eugenia e de genocídio, para que fique clara a distinção entre as duas práticas. Tal distinção é essencial porque, por muito tempo na história da

---

um daño mayor; e) la acción u omisión la realiza una tercera persona. [...] Eutanasia significa ayuda a morir dignamente. La muerte ya está cerca.”.

<sup>16</sup> ROXIN, Claus. A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia. Trad. Luis Grecco. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, v. 8, n. 32, p. 09-38, out./dez. 2000, p. 299.

medicina, falar em “eutanásia” era algo proibido pela ética biomédica, em razão do temor deixado pela experiência eugênica nazista. Nas palavras de Débora Diniz e de Sérgio Costa<sup>17</sup>:

A experiência eugênica conduzida por Hitler confundiu o senso comum: ainda hoje se usa indiscriminadamente o termo eutanásia, seja como sinônimo de homicídio ou de morte digna. Infelizmente, para muitos profissionais da área de saúde, e não somente para os médicos, eutanásia é ainda sinônimo de homicídio premeditado. Em nome disso, a proposta da Bioética de resgate do tema em nome dos direitos individuais é, para muitos, vista como uma violação dos preceitos básicos da prática biomédica. São comuns frases como: “a medicina foi feita para curar e não para matar”, “médicos não podem ser assassinos”, “a enfermagem é comprometida com o cuidado”, dentre outras combinações que apontam para a confusão conceitual deixada pela intolerância do nazismo.

Segundo Michael J. Sandel<sup>18</sup>, eugenia, expressão que significa “bem-nascido”, foi um movimento que teve por finalidade um suposto aprimoramento genético da espécie humana. Para o autor, a prática ficou largamente conhecida com o término da Segunda Guerra, mas não foi exclusividade dos nazistas, uma vez que o termo “eugenia” foi cunhado em 1883 por um primo de Charles Darwin, Francis Galton<sup>19</sup>, e, durante o século XX, se disseminou largamente pelos Estados Unidos.

A eugenia assumiu diversas feições naquele país, sendo que, inclusive, parte do programa de eugenia norte-americano era educacional. De acordo com Sandel<sup>20</sup>, “A Sociedade Americana de Eugenia patrocinava competições entre as ‘famílias mais qualificadas’ em feiras estaduais em

---

<sup>17</sup> DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio, *op. cit.*, p. 125.

<sup>18</sup> SANDEL, Michael J. *Contra a perfeição: Ética na era da engenharia genética*. Trad. Ana Carolina Mesquita. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015, p. 77-78.

<sup>19</sup> Cf. GALTON, Sir Francis. *Essays in eugenics*. Londres: The Eugenics Education Society, 1909.

<sup>20</sup> *Idem, ibidem*, p. 79.

todo o país”, nas quais “Os competidores submetiam seus históricos eugênicos e se ofereciam para testes de ordem médica, psicológica, e de aferição da inteligência”, premiando-se as famílias consideradas mais qualificadas com troféus. Foram, também, oferecidos cursos de eugenia em 350 faculdades e universidades norte-americanas, “que alertavam os jovens americanos ‘privilegiados’ para seu dever reprodutor”.

Entretanto, o programa eugênico tinha uma faceta mais cruel, representada pelos defensores do projeto de “melhora” da raça, que faziam um forte *lobby* para que fossem criadas leis que impedissem a reprodução de pessoas que possuíssem genes indesejáveis. Nesse cenário, o estado de Indiana, em 1907, criou a primeira lei de esterilização compulsória para pacientes que apresentassem problemas mentais, estivessem presos, ou fossem miseráveis, tendo sido, após, seguido por outros vinte e nove estados, de modo que “mais de 60 mil americanos geneticamente ‘defeituosos’ foram esterilizados”.<sup>21</sup>

Não bastasse, em 1927, tais leis foram consideradas constitucionais pela Suprema Corte dos Estados Unidos, no caso *Buck vs. Bell*, em que uma mãe solteira de 17 anos, Carrie Buck, internada em um asilo para deficientes mentais na Virgínia, fora submetida à esterilização compulsória.<sup>22</sup>

No Brasil, o movimento eugênico chegou por meio da atuação do médico paulista Renato Kehl, responsável por fundar, em 1917, a Sociedade Eugênica de São Paulo<sup>23</sup>. Com isso, a prática da esterilização compulsória e de controle matrimonial ocorridas nos Estados Unidos tiveram lugar,

---

<sup>21</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>22</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>23</sup> ENGEL, Magali Gouveia. 2001. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, p. 169.

também, aqui, temendo-se que as “crianças anormais” crescessem com tendências para o crime e para a perversão sexual<sup>24</sup>.

A despeito disso, o caso mais famoso – e chocante – da prática de eugenia na história é, de fato, o projeto nazista de “purificação” da raça. Adolf Hitler, admirador da legislação norte-americana sobre o tema, quando chegou ao poder, em 1933, promulgou uma “ampla lei de esterilização que arrancou elogios dos eugenistas americanos”.<sup>25</sup>

Ademais, como é sabido, a eugenia hitleriana não se limitou à esterilização da população. O projeto eugenista nazista foi além, adotando a prática do assassinato em massa e do genocídio.<sup>26</sup>

Genocídio, note-se, é expressão que foi utilizada pela primeira vez, com seu atual significado, em 1944, e corresponde à destruição em massa de um grupo étnico, assim como qualquer projeto sistemático de eliminação de algum aspecto fundamental da cultura de um povo.<sup>27</sup>

No artigo 2º da Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio<sup>28</sup>, a prática é qualificada da seguinte maneira:

Na presente Convenção, entende-se por genocídio os atos abaixo indicados, cometidos com a intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo nacional, étnico, racial ou religioso, tais como: a) Assassinato de membros do grupo; b) Atentado grave à integridade física e mental de membros do grupo; c) Submissão deliberada do grupo a condições de existência que acarretarão a sua

---

<sup>24</sup> LOBO, Lígia Ferreira. Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015, p. 73

<sup>25</sup> *Idem, ibidem*, p. 80.

<sup>26</sup> *Idem, ibidem*.

<sup>27</sup> BIANCHI, Giorgio. *Genocídio*. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Dicionário de Política. 2ª ed. Trad. Raúl Crisafio et al. México: Siglo Veintiuno Editores, p. 702.

<sup>28</sup> BRASIL. Decreto n. 30.822 de 6 de maio de 1952. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos/decretos/1952/D30822.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1952/D30822.html). Acesso: 24 fev. 2021.

destruição física, total ou parcial; d) Medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo; e) Transferência forçada das crianças do grupo para outro grupo.

Segundo Dias<sup>29</sup>, o programa de eugenia nazista levou a um genocídio sistematizado quando, ao final de 1939, a Polônia foi invadida, e Hitler encerrou o programa de esterilização em massa, enviando os médicos para as frentes de trabalho, passando-se da eugenia negativa (realizada por meio da esterilização) para a eutanásia exterminadora.

Durante o período nazista, ainda, Singer<sup>30</sup> conta que, sob o denominado “programa de eutanásia”, dezenas de milhares de pessoas com deficiência foram assassinadas em operações secretas por terem sido consideradas “bocas inúteis para alimentar” e uma “desonra para a raça ariana”.

Com o término da Segunda Guerra, “as notícias sobre as atrocidades cometidas pelos nazistas contribuíram para o recuo do movimento eugênista norte-americano”, de modo que, entre as décadas de 1940 e 1950, as esterilizações involuntárias tiveram uma forte queda, ainda que, até os anos 70, a prática continuasse a ser realizada em alguns estados.<sup>31</sup>

Com relação à eutanásia, os acontecimentos narrados neste capítulo vêm servindo, para muitos, como argumento para sua proibição.

Contudo, a prática da eutanásia nesse livro analisada em nada se relaciona com o movimento eugênico que encontrou seu apogeu no genocídio praticado na Alemanha de Hitler. Qualquer confusão nesse sentido ficaria afastada apenas pela leitura dos diversos conceitos de eutanásia apresentados acima, já que o que se está a discutir é a morte piedosa, que

---

<sup>29</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 145; e FARIAS, Víctor. *Salvador Allende: Antisemitismo y Eutanasia*. 1ª ed. Chile: Editorial Maye Ltda., 2005, p. 91.

<sup>30</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 80 e 283-284.

<sup>31</sup> SANDEL, Michael J., *op. cit.*, 2015, p. 81.

leva em consideração os interesses fundamentais e a autonomia do paciente, tomando por base sua própria noção de dignidade, e não qualquer forma de “melhoria da raça” ou eliminação sistemática de pessoas.

No Capítulo 4, examinaremos o argumento daqueles que refutam a eutanásia pelo receio de que ocorra o fenômeno conhecido por “encosta escorregadia” (*slippery slope*), que prescreve que sua permissão, mesmo que para casos limitados, aumentaria a probabilidade de uma posterior legalização para casos mais duvidosos.

### 1.1.3 Terminalidade

O estágio terminal do paciente é um dos fatores determinantes para que se defenda, sem maiores polêmicas, que lhe seja concedida assistência para morrer, uma vez que a morte já está, de todo modo, próxima.

O conceito de terminalidade varia de autor para autor, e depende de uma análise do caso concreto. Não obstante, existem algumas definições que podem servir como referências para os médicos quando do tratamento de seus pacientes. É de extrema importância que as equipes de saúde atenham para esta análise, pois é no momento em que se percebe que não existe mais interesse em prolongar a vida – por não ser a cura possível –, que o curso do tratamento deverá ser alterado.

Segundo Clóvis Francisco Constantino e Mário Roberto Hirschheimer<sup>32</sup>, o paciente será terminal quando a doença evoluir inexoravelmente para o óbito, independentemente de quaisquer esforços empregados pela equipe de saúde, causando grande sofrimento ao paciente, sem que seja possível prescrever quaisquer terapias que melhorem sua qualidade de vida.

---

<sup>32</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 13, n. 2, p. 86-96, 2005. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/110/120](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/110/120). Acesso: 24 fev. 2021, p. 91.

Já Délio José Kipper<sup>33</sup> sustenta que no conceito de terminalidade está presente um requisito temporal, pois além da irreversibilidade da condição de saúde, deverá haver uma alta probabilidade de morte em um período de tempo relativamente curto, de modo que será terminal “aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo (p. ex.: três a seis meses).”

Ana Claudia Quintana Arantes<sup>34</sup>, por sua vez, entende que a terminalidade pode se estender por anos e anos, e não está relacionada, diretamente, ao tempo de vida remanescente:

Às vezes, a reta final não é reta final no tempo: é a reta final da nossa vida. A terminalidade pode se prolongar por anos. Terminalidade não é a semana que vem. Terminalidade não é tempo, e sim, uma condição clínica que advém de uma doença grave, incurável, sem possibilidade de controle, e diante da qual, impotente, a medicina cruza os braços. Isso pode ser vivenciado em horas, dias, semanas, meses ou anos. Se a doença avança devagarzinho, pode levar anos; se vai depressa, a pessoa parte em uma semana ou em poucos dias.

Finalmente, para Calsamiglia<sup>35</sup>, a terminalidade estaria relacionada ao momento em que o paciente deixa de ter, em definitivo, autonomia e capacidade de gozar seus direitos e de organizar seu plano de vida futuro, sem possibilidade de reversão do quadro:

---

<sup>33</sup> KIPPER, Délio José. O Problema das Decisões Médicas Envolvendo o Fim da Vida e Propostas para Nossa Realidade. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/286/425](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/286/425). Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

<sup>34</sup> ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019, p. 82-83.

<sup>35</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 346. Tradução nossa. O original está assim redigido: “Un enfermo es terminal si: 1.º) su autonomía está tan deteriorada que es incapaz de gozar de sus derechos; 2.º) su situación es irreversible, es decir, no existe la posibilidad de recuperación de su autonomía. Un enfermo terminal tiene muy disminuida su autonomía y carece de la capacidad de organizar su plan de vida futuro. La terminalidad es fuente de valor y no es una mera definición”.

Um paciente é terminal se: 1.º) sua autonomia está tão deteriorada que ele é incapaz de gozar de seus direitos; 2.º) sua situação é irreversível, é dizer, não existe a possibilidade de recuperação de sua autonomia. Um doente terminal tem sua autonomia muito reduzida e não possui a capacidade de organizar um plano de vida futuro. A terminalidade é uma fonte de valor e não mera definição.

Não existe consenso, portanto, quanto ao momento em que o paciente pode ser considerado terminal, de forma que esse quadro deverá ser verificado caso a caso pela equipe de saúde.

De todo modo, as últimas duas definições, por sua maior amplitude e preocupação com a autonomia do paciente, nos parecem mais interessantes do que aquelas que se apegam, estritamente, à proximidade da morte em mais ou menos tempo (por ex., de três a seis meses).

#### **1.1.4 Eutanásia voluntária, eutanásia involuntária e eutanásia não-voluntária**

A classificação da eutanásia que toma por base a vontade do paciente é bastante comum na doutrina, podendo a morte ser considerada voluntária, involuntária ou não-voluntária.

Dias<sup>36</sup>, por exemplo, assim distingue a eutanásia voluntária, da involuntária:

Enquanto aquela [eutanásia voluntária] é praticada levando em conta os interesses fundamentais e a solicitação do destinatário, esta última [eutanásia involuntária] é praticada contra a vontade da pessoa. Mas também há a hipótese de não se saber a vontade do paciente e, nesse caso, será preciso discutir a legitimidade de um consentimento presumido [...]. Nesse passo é importante deixar assentado que não se defende neste estudo a chamada eutanásia involuntária, entendida como aquela que se pratica contra os interesses

---

<sup>36</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 145.

fundamentais e a vontade do paciente, pois esse ato deve ser considerado como um homicídio.

Para o autor, então, a legitimidade da eutanásia depende de sua realização se dar em atendimento à vontade do paciente, e em prol de seus interesses fundamentais.

Sobre a voluntariedade, Diniz e Costa<sup>37</sup> destacam a necessidade de o consentimento do paciente cumprir alguns requisitos para que seja considerado legítimo:

Eutanásia voluntária é praticada quando a pessoa doente deseja morrer, está devidamente informada sobre sua situação clínica e não se encontra em estado depressivo no momento da decisão. O diagnóstico de sua doença e a existência ou não de possibilidades terapêuticas não devem ser traçados por apenas um médico, mas por uma equipe multidisciplinar de saúde.

A menos polêmica modalidade de eutanásia, então, é a voluntária, em que o paciente expressamente informa sua vontade de morrer. A dificuldade prática será garantir que a voluntariedade esteja, efetivamente, presente. Isso será visto com maior detalhe no Capítulo 3, quando trataremos do direito à informação, do consentimento informado, e das diretivas antecipadas de vontade. Ainda, no subcapítulo sobre os aspectos jurídicos da eutanásia no direito comparado, será possível verificar os diversos critérios adotados pelos países que permitem o auxílio à morte por terceiros, para garantir que a autonomia do paciente esteja, de fato, presente.

Diversamente, a eutanásia será involuntária se o paciente expressamente disser que não quer morrer, ou, sendo possível perguntar a ele sua vontade, a equipe de saúde não o faz, e o mata sem sua autorização. Trata-se, no fundo, de uma forma de homicídio, que não defendemos neste livro.

---

<sup>37</sup> DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio, *op. cit.*, p. 126.

O homicídio, como já dito, em nada se relaciona com a eutanásia. Segundo Calsamiglia<sup>38</sup>, três pontos podem ser destacados para revelar a distinção: (i) a eutanásia possui, sempre, uma motivação humanitária, buscando preservar a dignidade do destinatário, o que não acontece no homicídio; (ii) enquanto no homicídio o objetivo é pura e simplesmente matar, na eutanásia a finalidade é pôr um fim ao sofrimento do paciente terminal; e (iii) na eutanásia, aquele que morre deseja sua morte, ainda que indiretamente, ao passo que a vítima de um homicídio tem a morte a ela imposta.

Por fim, com relação à voluntariedade, a maior dificuldade surge, é claro, quando o enfermo, por qualquer motivo, é incapaz de dar seu consentimento, não tendo deixado manifestação anterior válida que possa servir de autorização para o procedimento. Nesse caso, estar-se-á diante da eutanásia não-voluntária, e será necessário verificar a possibilidade de se presumir qual teria sido a vontade do paciente naquele cenário, ou se a morte atenderia, no caso concreto, aos seus interesses fundamentais. Esse ponto será abordado com maior profundidade no Capítulo 4, quando da análise de casos práticos.

### **1.1.5 Eutanásia ativa e eutanásia passiva (ou ortotanásia)**

É comum que se classifique a eutanásia, ainda, em ativa e passiva (ou ortotanásia), a depender de a morte ser causada por uma ação ou omissão do médico.

Para Sá e Moureira<sup>39</sup>, há dois elementos envolvidos na eutanásia: a intenção e o efeito da ação. A intenção de realizar a eutanásia pode gerar uma ação, hipótese na qual estar-se-á diante da eutanásia ativa. No mais,

---

<sup>38</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 343.

<sup>39</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 87.

a intenção pode gerar uma omissão (“não-realização de ação que teria indicação terapêutica naquela circunstância”), hipótese na qual ocorrerá a “ortotanásia”, que etimologicamente remete à noção de morte normal, já que *orthos*, do grego, significa normal e, *thanatos*, morte.

Para Dias<sup>40</sup>, a diferença fundamental reside no seguinte:

[...] a eutanásia ativa se caracteriza pela adoção de condutas médicas comissivas tendentes a antecipar a morte, enquanto a eutanásia passiva ocorre quando se omitem ou suspendem os tratamentos médicos com vistas a não adiar a morte.

Roxin<sup>41</sup>, por sua vez, assim define a eutanásia passiva:

Fala-se em eutanásia passiva quando uma pessoa de confiança – em regra o médico e seus ajudantes, mas também, por ex., um parente – se omite em prolongar a vida que se aproxima de seu fim. É o caso de se renunciar a uma operação ou a um tratamento intensivo, capaz de possibilitar ao paciente uma vida mais longa.

Classifica-se a eutanásia ativa, ademais, em direta e indireta (ou de duplo efeito), sendo que a direta seria aquela em que se tem “a prática médica voltada a antecipar, direta e intencionalmente, a morte”, ao passo que a indireta seria aquela na qual são administrados remédios para aliviar o sofrimento do paciente terminal trazendo, como consequência indireta, a morte, já que o fim imediato da conduta médica, nesse caso, é o alívio da dor, e a morte é resultado disso.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> DIAS, Roberto DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 149.

<sup>41</sup> ROXIN, Claus, *op. cit.*, p. 309.

<sup>42</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 149 e 202-207.

Sobre a eutanásia ativa indireta, Roxin<sup>43</sup> explica que ela ocorre “quando são praticadas medidas lenitivas sobre o moribundo, apesar de poderem elas antecipar a ocorrência da morte”, pois leva-se em consideração que, para tais pacientes, aliviar a dor pode ser tão importante que isso se sobrepõe à possibilidade de que os medicamentos administrados levem a uma redução da vida, sendo geralmente aceita pela literatura e pela *práxis* médica, e considerada impunível.

A eutanásia ativa indireta é chamada, também, de eutanásia de duplo efeito, uma vez que se busca um efeito bom – o alívio do sofrimento –, mas junto com ele vem uma consequência ruim e indesejada, que é a morte. A doutrina do duplo efeito é sustentada pela Igreja desde o século IV<sup>44</sup>. Inclusive, em 1957, o Papa Pio XII declarou compatível com os dogmas católicos o uso de grandes quantidades de drogas em doentes em grave sofrimento, mesmo que essas doses pudessem ter como efeito secundário a sua morte.<sup>45</sup>

Ainda sobre a eutanásia ativa indireta, alguns autores questionam se ela seria, propriamente, uma espécie de eutanásia, uma vez que esta exige a intenção do médico de, efetivamente, antecipar o momento da morte do paciente. Na eutanásia ativa indireta, entretanto, o médico não tem, como desígnio direto e imediato, o encurtamento da vida. Diversamente, trata-se de uma consequência sabida, mas não desejada. Nesse sentido, veja-se a ressalva feita pela Corte Constitucional Colombiana<sup>46</sup>:

---

<sup>43</sup> ROXIN, Claus, *op. cit.*, p. 304-306.

<sup>44</sup> LEPARGNEUR, Hubert. Bioética e eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 41-48, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/292/431](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/292/431). Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

<sup>45</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias. *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2012. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31524/1/Direitos%20dos%20pacientes%20e%20responsabilidade%20m%C3%A9dica.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 152.

<sup>46</sup> COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-970/14*. Relator: Luis Ernesto Vargas Silva. Bogotá, J. em 15 dez. 2014. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>. Acesso: 24 fev. 2021.

A eutanásia é indireta quando se origina sem a intenção de causar a morte da pessoa. Segundo alguns autores, ela não poderia ser considerada como uma forma de eutanásia, porque, precisamente, um dos elementos dessa prática é a provocação intencional da morte. De todo modo, nestes casos, a morte não é intencional, mas pode ser causada por efeitos colaterais de tratamento médico intenso.

Finalmente, Letícia Ludwig Möller<sup>47</sup> aponta que, a despeito de a eutanásia passiva estar relacionada, geralmente, à prática da limitação do tratamento, alguns autores distinguem entre não oferecer tratamento ao paciente, e interromper um tratamento em curso: a primeira modalidade seria classificada como ortotanásia, pois haveria apenas uma omissão por parte do médico, que deixaria a vida seguir seu curso natural, ao passo que a segunda seria classificada como eutanásia (ativa), já que haveria, na interrupção, uma ação ou interferência por parte do profissional de saúde, que resultaria na morte do paciente.

Para evitar confusões terminológicas, Möller<sup>48</sup> prefere adotar a expressão “limitação de tratamento”, em vez de “ortotanásia”, defendendo que, do ponto de vista ético, não haveria qualquer diferença entre as condutas de interromper e de não ofertar um tratamento médico, já que em ambas as atitudes a intenção do profissional de saúde e o resultado são os mesmos: “não aplicar tratamentos que apenas prolongariam de forma penosa o fim da vida”, causando a morte do paciente.

---

Tradução nossa. O original está assim redigido: “La eutanasia es indirecta cuando se origina sin la intención de causar la muerte de la persona. Según algunos autores, eso no es eutanasia pues precisamente uno de los elementos de esta práctica es la provocación intencional de la muerte. En todo caso, en esos eventos la muerte no es pretendida sino que puede ser originada por efectos colaterales de tratamientos médicos intensos”.

<sup>47</sup> MÖLLER, Letícia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. 1ª ed. Curitiba: Juruá, 2007. p. 36.

<sup>48</sup> *Idem, ibidem*, p. 38.

O que questionamos, neste ponto, é: além de não haver, do ponto de vista ético, uma diferença entre limitar o tratamento e não o ofertar – lembrando que ambas as condutas configuram, para a maior parte da doutrina, maneiras de se realizar a eutanásia passiva –, haveria alguma distinção moral relevante com relação à eutanásia ativa? É dizer: seria mais correto suspender ou limitar o tratamento, do que injetar, no paciente, um medicamento letal? Voltaremos a esta questão no Capítulo 4.

### **1.1.6 Mistanásia**

Há de se mencionar, brevemente, a eutanásia social. Trata-se da morte que ocorre antes e fora da hora, de modo miserável.

Não se trata, em verdade, de uma modalidade de eutanásia, já que esta última, como visto, tem a intenção de possibilitar que a morte do paciente seja “boa, suave ou indolor”.<sup>49</sup>

Em razão da crueldade inerente à eutanásia social, Leonard M. Martin<sup>50</sup>, de maneira mais apropriada, prefere chamá-la de “mistanásia”. De toda forma, entender o que é a mistanásia é relevante “para ajudar-nos a entender melhor aquilo que a eutanásia não é”.

Como ensina Martin<sup>51</sup>, a espécie mais comum de mistanásia na América Latina (e, de modo geral, em países emergentes) diz respeito à “omissão de socorro estrutural que atinge milhões de doentes durante a vida inteira e não apenas nas fases avançadas e terminais de suas enfermidades”. Trata-se, por exemplo, da falta de oferta, por parte do Estado,

---

<sup>49</sup> MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARrafa, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 171-172.

<sup>50</sup> *Idem, ibidem*, p. 172 e 180.

<sup>51</sup> *Idem, ibidem*, p. 175.

de serviços de atendimento médico, de alimentação apropriada para a população, de saneamento básico, de emprego, etc., “que contribuem para espalhar a falta de saúde e uma cultura excludente e mortífera”.

Outra forma de mistanásia mencionada pelo autor e que merece destaque decorre da má prática médica, e se refere aos profissionais de saúde que, intencionalmente, se utilizam da medicina “para atentar contra os direitos humanos de uma pessoa, em benefício próprio ou não, prejudicando direta ou indiretamente o doente ao ponto de menosprezar sua dignidade e provocar uma morte dolorosa e/ou precoce”.<sup>52</sup>

Martin<sup>53</sup> cita, como exemplo desta modalidade, o caso de idosos em hospitais ou em clínicas para doentes terminais onde não recebem alimentação e acompanhamento apropriados, o que acaba por encurtar suas vidas, e retirar sua dignidade.

Também, o caso de enfermeiros que encontram dificuldade no convívio por muito tempo com pacientes terminais e “se tornam ‘anjos da morte’, administrando medicamentos aos seus pacientes idosos, crônicos ou terminais, visando apressar o óbito”.<sup>54</sup> A conduta dessas pessoas, mesmo quando dotada de boas intenções, é totalmente rejeitada por esta autora, por configurar postura autoritária e atentatória contra a autonomia do paciente.

Apesar de a mistanásia não fazer parte, diretamente, do objeto de estudo desta obra, é inegável seu impacto na garantia do direito à morte digna.

Considerando a situação socioeconômica do Brasil e, ainda, que cada vez mais idosos precisam de atenção médica e de cuidados, um olhar para

---

<sup>52</sup> *Idem, ibidem*, p. 178-179.

<sup>53</sup> *Idem, ibidem*, p. 179.

<sup>54</sup> *Idem, ibidem*.

a necessidade de o Estado garantir o acesso aos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal passa a ser essencial.

De mais a mais, no contexto da atual pandemia de coronavírus, já existem autores considerando as omissões do governo federal na adoção de medidas de isolamento, vacinação e cuidado da população brasileira como uma forma de mistanásia<sup>55</sup>.

## 1.2 Suicídio assistido

O suicídio assistido e a eutanásia ativa direta muito têm em comum, uma vez que em ambos existe, por parte do paciente, a vontade de encerrar a própria vida e o pedido da ajuda de terceiros para fazê-lo da maneira mais digna possível. Não são, todavia, práticas equivalentes, já que no primeiro caso o ato que leva à morte é praticado pelo paciente (ainda que com auxílio de terceiros), ao passo que, no segundo, é a equipe de saúde quem aplica a substância letal no enfermo.

Na prática, entretanto, não existem grandes diferenças. Tanto é assim, que Singer<sup>56</sup> sustenta ser possível entender o suicídio assistido como uma espécie de eutanásia em sentido amplo, ou seja, uma “morte serena, sem sofrimento”.

De todo modo, é importante que se entenda a distinção, pois esta é relevante para compreender o sistema jurídico de determinadas localidades, em que, por exemplo, apenas uma das modalidades é permitida. Como se verá no Capítulo 4, inclusive, foi apenas quando Jack Kevorkian decidiu aplicar diretamente a substância letal em um paciente, que ele foi, finalmente, condenado.

---

<sup>55</sup> Cf.: CORREIA, João Victor Gomes; ZAGANELLI, Margareth Vetis. Covid-19, vulnerabilidade social e mistanásia: reflexões bioéticas sobre a pandemia do novo coronavírus no Brasil, Revista Pensamento Jurídico, São Paulo, v. 14, n. 2, Edição Especial “Covid-19”, 2020. Disponível em: <https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/download/216/276>. Acesso: 15 fev. 2021;

<sup>56</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 239.

Essa classificação é relevante, também, porque para muitos médicos é mais confortável, moralmente, deixar nas mãos do paciente o ato que levará, em última análise, à sua morte, do que praticá-lo diretamente, de modo que o suicídio assistido pode ser, para algumas pessoas, mais “palatável” do que a eutanásia.

No Capítulo 4, voltaremos ao debate sobre a distinção entre o suicídio assistido e a eutanásia ativa direta, para verificar se existe, de fato, alguma diferença fundamental entre as duas práticas a justificar que alguns lugares adotem uma, mas não a outra.

Passemos agora, então, antes que se adentre na questão da regulamentação das duas práticas nos diferentes países, e no debate moral que envolve a opção por uma ou outra modalidade, à distinção entre elas. Nas palavras de Diniz<sup>57</sup>:

A diferença entre a eutanásia ativa e o suicídio assistido é que, neste último, a pessoa doente é apenas assistida para a morte, mas todos os atos que acelerarão esse desfecho são por ela realizados. Como há casos de pessoas que solicitam o suicídio assistido, mas que não possuem independência locomotora suficiente sequer para levar um copo à boca, foram desenvolvidos mecanismos para garantir que apertando um botão de uma máquina, por exemplo, seja acionado um dispositivo para injetar o medicamento. Aqueles que defendem o suicídio assistido argumentam que esta é uma maneira de não envolver os profissionais de saúde no ato da eutanásia, uma vez que é a própria pessoa quem toma a decisão e realiza as medidas necessárias para garantir sua morte. O auxílio que porventura necessite pode ser garantido por qualquer pessoa de seu círculo de relações afetivas ou sociais.

---

<sup>57</sup> DINIZ, Débora. *Quando a morte é um ato de cuidado*: obstinação terapêutica em crianças. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, ago. 2006, p. 1742.

Luís Roberto Barroso e Leticia de Campos Velho Martel<sup>58</sup>, por seu turno, definem o suicídio assistido como “a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiro”, compreendendo o suicídio assistido por médicos como uma espécie do gênero “suicídio assistido”. Assim, diversamente da eutanásia ativa, o “ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida”, e o terceiro tão somente auxilia por meio da prestação de informações e fornecimento dos meios e condições para que seja realizado o suicídio sem, todavia, induzi-lo: a vontade deve vir do paciente.

Uma última ressalva deve ser feita com relação à necessidade, para a realização do suicídio assistido, de que o paciente possua, tal qual na eutanásia, uma condição de saúde a justificar a opção pela morte. Seria legítimo auxiliar alguém a morrer ainda quando essa pessoa se encontre perfeitamente saudável?

Voltaremos a essa discussão no Capítulo 3, quando tratarmos da questão da autonomia para morrer na Suíça.

### **1.3 Distanásia**

Apesar de a eutanásia apresentar, geralmente, muito mais polêmica e ser, com muito mais frequência, moralmente repelida, a distanásia, ou obstinação terapêutica, é prática muito mais comum no dia a dia dos hospitais e muito mais danosa aos pacientes.

Trata-se de uma postura adotada pelas equipes de saúde que buscam, de modo incessante, a cura dos pacientes – ainda quando esta já não seja possível –, tentando prolongar a vida a qualquer custo, sem um olhar global para o enfermo e seus familiares.

---

<sup>58</sup> BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Revista Panóptica*, v. 5, n. 2, 2010.

Etimologicamente, a expressão “distanásia” tem origem na palavra grega *dysthánatos* (“que produz morte penosa”), ou seja, trata-se de uma “morte dolorosa”<sup>59</sup>, e é prática oposta à eutanásia, haja vista se tratar do prolongamento do processo da morte, “quando o médico insiste na administração de tratamentos inúteis”<sup>60</sup>.

Diniz<sup>61</sup> conceitua a obstinação terapêutica como “uma morte lenta e com intenso sofrimento”, que “caracteriza-se por um excesso de medidas terapêuticas que impõem sofrimento e dor à pessoa doente, cujas ações médicas não são capazes de modificar o quadro mórbido”.

Há de haver, portanto, uma sensibilização por parte das equipes de saúde – em especial aquelas que trabalham diretamente com pacientes portadores de doenças incuráveis – para que se perceba quando é o momento de buscar a cura, e quando é o momento de aplicar os cuidados paliativos, que serão vistos com mais detalhe no subcapítulo seguinte. A preocupação que precisa existir por parte dos médicos deve ser, então, a de determinar quais tratamentos seriam, realmente, úteis ao paciente, e quais seriam inúteis, devendo ser deixados de lado.

Evidentemente que, na prática, nem sempre será simples determinar qual tratamento pode ser considerado útil, e qual pode ser considerado fútil. É o que se verá no Capítulo 3, quando tratarmos da distanásia no ordenamento jurídico brasileiro. De todo modo, é necessário que essa preocupação esteja presente, e que se estabeleça um diálogo entre médico e paciente, para que a decisão sobre qual tratamento é, de fato, recomendável, seja tomada em conjunto e em observância à autonomia do enfermo.

---

<sup>59</sup> CUNHA, Antônio Geraldo da., *op. cit.*, p. 271.

<sup>60</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 87.

<sup>61</sup> DINIZ, Débora, *op. cit.*, p. 1741.

Historicamente, a questão da distanásia ganha especial relevância no contexto do desenvolvimento científico ocorrido a partir da segunda metade do século XX, já que cada vez mais o aparato tecnológico colocado à disposição dos médicos passa a permitir um prolongamento artificial da vida em circunstâncias não necessariamente interessantes para o paciente.

Como ensina Joaquim Antônio César Mota<sup>62</sup>, até a década de 1970, quando a tecnologia médica era, ainda, muito mais limitada do que atualmente, no momento em que os recursos terapêuticos se esgotavam, a vida seguia seu curso natural, e a morte vinha sem maiores problemas.

Para o autor, foi com o avanço da medicina que surgiu a ideia, sem precedentes na história, de que era dever dos médicos prolongar a vida puramente biológica pelo máximo de tempo possível, a qualquer custo.

Nesse cenário, começaram a ser criados centros de tratamento intensivo e a serem usadas cada vez mais tecnologias de ponta, “muitas vezes situadas na fronteira entre o tratamento experimental e o já consolidado” e, com isso, a medicina passou a ser menos um serviço a ser prestado, e mais um negócio a ser realizado, deslocando-se de uma ação filantrópica e pública para uma ação comercial e privada. Esse deslocamento trouxe, em si, uma mudança ideológica:

Se há trinta anos não se discutia a relação custos versus benefícios nas ações médicas, hoje isso é corriqueiro. Muitas vezes sem atentar para os valores que essas palavras carregam, pois os custos de uma ação médica não são só financeiros, mas também emocionais, sociais e éticos. O mesmo vale para os benefícios. Ao entendê-los, cabe a pergunta: quais seriam os beneficiários da ação, o paciente, a família, a empresa de saúde ou a sociedade?<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> MOTA, Joaquim Antônio César. Quando um tratamento torna-se fútil? *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 35-39, 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista-bioetica/article/view/291/430>. Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

<sup>63</sup> *Idem, ibidem.*

É nesse contexto que se insere o problema da distanásia, pois foi o avanço tecnológico do mundo contemporâneo que tornou possível manter pessoas extremamente doentes ou em estágio terminal vivas por tempo indefinido, ainda que de maneira artificial, por meio de aparelhos.

Nas palavras de Diniz e Costa<sup>64</sup>:

A distanásia é a prática que mais diretamente ameaça a promoção do princípio da dignidade humana nos cuidados em saúde para com os idosos. É também a experiência que maior temor provoca em idosos hospitalizados ou submetidos a tratamentos de doenças crônicas. Muitas pesquisas mostram que os idosos não temem diretamente a morte, mas a aproximação da morte acrescida de sofrimento físico e mental, tratamentos prolongados e obstinações terapêuticas. Esse receio, infelizmente, não é infundado. A ideologia do vitalismo que move as carreiras biomédicas é ainda um valor moral central que motiva médicos e enfermeiras a manter um idoso em estágio terminal sob pesadas drogas e reanimações contínuas.

Léo Pessini<sup>65</sup> aponta que, a despeito de a obstinação terapêutica estar muito mais presente, na prática, no dia a dia dos hospitais e, em especial, nas unidades de terapia intensiva – que ele chama de “modernas catedrais do sofrimento humano” –, a expressão “distanásia” é muito menos conhecida e utilizada na área da saúde do que seu antônimo “eutanasia”. Para ele, a questão que se coloca na discussão da distanásia é: “até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa ‘mortaviva’ interessa a quem?”

O autor faz menção a um artigo publicado no *Washington Post*, em maio de 1991, com o título “Escolhendo morte ou mamba em UTI”, no qual

---

<sup>64</sup> DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio, *op. cit.*, p. 130.

<sup>65</sup> PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357). Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

o doutor John Hansen-Flaschen<sup>66</sup> conta uma história que Pessini<sup>67</sup> resume da seguinte maneira:

Três missionários foram aprisionados por uma tribo de canibais, cujo chefe lhes ofereceu escolherem entre morte ou mamba (mamba é uma serpente africana peçonhenta. Sua picada inflige grande sofrimento antes da morte certa ou quase certa). Dois deles, sem saber do que se tratava, escolheram mamba e aprenderam da maneira mais cruel que mamba significava uma longa e torturante agonia, para só então morrer. Diante disso o terceiro missionário rogou pela morte logo, ao que o chefe respondeu-lhe: “Morte você terá, mas primeiro um pouquinho de mamba.”

O questionamento que está por traz dessa história é, justamente, se não estaria ocorrendo algo similar nos hospitais modernos, é dizer, se não estaria sendo oferecida, aos pacientes, a “mamba”, ou seja, uma morte longa e agonizante, em vez de uma morte rápida e indolor.

Pessini<sup>68</sup> chega, então, à seguinte conclusão:

Não somos nem vítimas, nem doentes de morte. É saudável sermos peregrinos. Podemos ser, sim, curados de uma doença classificada como sendo mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos isso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade.

---

<sup>66</sup> HANSEN-FLASCHEN, John. Lifeline. *The Washington Post*, Washington, DC, 8 maio 1990. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/archive/lifestyle/wellness/1990/05/08/lifeline/0600618e-2821-472b-a976-b774d922a691/>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>67</sup> PESSINI, Léo, *op. cit.*, 1996, não paginado.

<sup>68</sup> *Idem, ibidem.*

Obstinação terapêutica é, no fundo, não saber quando desistir e, mais do que isso, submeter o paciente e sua família a um sofrimento interminável, como se o maior inimigo, a ser combatido a todo custo, fosse a morte. Há de se aceitar que viver nem sempre será melhor do que morrer.

#### **1.4 Cuidados paliativos**

Dentre os diversos temas relacionados à morte digna, os cuidados paliativos são, seguramente, dos mais importantes.

Não é porque defendemos o direito à autonomia para morrer que acreditamos que todos devam optar pela eutanásia ou pelo suicídio assistido. Diversamente, o que se defende é, tão somente, o direito de escolher.

Para aqueles que desejam viver pelo máximo de tempo possível, ainda que acometidos por uma doença terminal e incurável, a aplicação desses cuidados é essencial para garantir que sua vida se encerre da melhor maneira possível, tornando o processo da morte mais fácil para o doente, para seus familiares e para outras pessoas próximas.

Arantes<sup>69</sup>, sobre tais cuidados, assim escreve:

Ter uma morte natural pressupõe a existência de uma doença que segue seu curso natural de evolução, independentemente dos tratamentos que possam ser oferecidos, mesmo os mais modernos. Morte natural é aquela que acontecerá em decorrência de uma doença incurável, que está piorando e para a qual a medicina esgotou suas possibilidades de tratamento. Nada impedirá a pessoa que tem tal doença de chegar à morte; é uma condição inexorável para aquela situação. É a essa pessoa, a esse paciente, que ofereço os Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos que pratico há vinte anos são esse processo de assistência para quem está na reta final.

---

<sup>69</sup> ARANTES, Ana Claudia Quintana, *op. cit.*, p. 42-43.

Muito mais do que a aplicação excessiva de medicamentos como a morfina, a prestação desses cuidados é uma forma de olhar mais humana para o paciente, que deve ser visto de modo abrangente, em todo o seu sofrimento, e não apenas físico.

No entender de Sá e Moureira<sup>70</sup>, os cuidados paliativos representam um “novo paradigma das Ciências Médicas” que, diversamente da medicina curativa – a qual busca a eliminação das doenças –, pretende, tão somente, promover “a máxima qualidade de vida para pacientes e familiares” no estágio final da vida.

A Organização Mundial da Saúde assim define estes cuidados:

São os cuidados apropriados para o paciente que possui uma enfermidade avançada e progressiva, na qual o controle da dor e de outros sintomas, assim como os aspectos psicossociais e espirituais, assumem uma maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é garantir a melhor qualidade de vida possível para o paciente e para sua família. A medicina paliativa afirma a vida e considera o morrer como um processo normal. Os cuidados paliativos não adiantam nem atrasam a morte, constituindo um verdadeiro sistema de apoio e suporte para o paciente e sua família.<sup>71</sup>

Outra definição interessante é aquela trazida pela sentença T-970/14<sup>72</sup>, proferida pela Corte Constitucional Colombiana em 2014, que propõe o seguinte:

---

<sup>70</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 186.

<sup>71</sup> LIMA, Liliana de. *Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico*. 2ª ed. Organización Panamericana de Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, [s.d.]. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021. Tradução nossa. O original está assim redigido: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.

<sup>72</sup> COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-970/14*, *op. cit.* Tradução nossa. O original está assim redigido: “Es un tratamiento médico que dignifica la vida de quienes inevitablemente van a morir, pero que su voluntad no es otra a que llegue la muerte de forma natural. Recientemente, esta Corporación dio un debate acerca de la constitucionalidad de la ley de cuidados paliativos. Este procedimiento es una alternativa intermedia a la

É um tratamento médico que dignifica a vida daqueles que inevitavelmente morrerão, mas cuja vontade não é outra, senão a de que a morte venha naturalmente. Recentemente, esta Corte debateu a constitucionalidade da lei de cuidados paliativos. Este procedimento é uma alternativa intermediária à eutanásia e à distanásia. Com efeito, não prolonga desnecessariamente a vida nem a encerra deliberadamente, pois o paciente não o quer. O objetivo é orientar os tratamentos médicos para o alívio da dor, em vez de buscar a cura do paciente.

Pessini<sup>73</sup>, sobre os cuidados paliativos, explica que eles têm por objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa que está morrendo, e não tentar curar uma doença ou estender a vida por mais tempo. Trata-se de uma compreensão filosófica acerca do cuidado às pessoas que estão nas fases finais de uma doença terminal, que busca permitir que os pacientes e suas famílias vivam cada dia plena e confortavelmente, tanto quanto possível, lidando com o estresse causado pela doença e pela morte, e com a dor da perda.

Até a Segunda Guerra Mundial, era comum que pacientes com câncer terminal fossem negligenciados pelos médicos, pois a única atenção que recebiam era com relação à busca de uma cura para a doença. Foi apenas a partir da década de 1950, quando surgiram novos estudos sobre os aspectos sociológicos e clínicos do tratamento de pacientes oncológicos terminais, que o olhar para essas pessoas começou a mudar.<sup>74</sup>

---

eutanasia y distanasia. En efecto, no prolonga innecesariamente la vida, pero tampoco la termina deliberadamente ya que el paciente no lo quiere así. El objetivo es orientar los tratamientos médicos al alivio del dolor, en vez de buscar la sanación del enfermo”.

<sup>73</sup> PESSINI, Léo, *op. cit.*, 1996, não paginado.

<sup>74</sup> CLARK, David. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncology*, v. 8, p. 430-438, 2007. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(07\)70138-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(07)70138-9/fulltext). Acesso: 24 fev. 2021, p. 431.

O movimento do *hospice*<sup>75</sup> moderno teve início, de acordo com Pessini<sup>76</sup>, em 1967, com a abertura do *St. Christopher's Hospice*, em Londres, pela doutora Cicelly Saunders.

Igualmente, David Clark<sup>77</sup> entende que o trabalho de Saunders foi fundamental para que a necessidade de cuidar dos pacientes com doenças terminais ganhasse a devida atenção e menciona, ainda, o trabalho de Elisabeth Kübler-Ross<sup>78</sup>, psiquiatra suíça que, a partir de 1965, passou a dirigir um seminário no Hospital Billings, em Chicago, sobre as crises da vida humana, em que, buscando compreender o fenômeno da morte, conversava, acompanhada de seus alunos, com pacientes que estavam morrendo. Este seminário deu origem ao *best-seller* “Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes”, escrito em 1969, em que a autora relatou as entrevistas realizadas.

Para Pessini<sup>79</sup>, algumas questões se tornam evidentes a partir deste movimento:

Cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo num contexto clínico significa respeitar a integridade da pessoa. Portanto, um cuidado clínico apropriado busca garantir, pelo menos: 1. Que o paciente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, de modo que possa morrer confortavelmente e com

---

<sup>75</sup> *Hospice*, no sentido aqui utilizado, não é um local, mas uma filosofia de cuidado que reconhece o paciente em sua integralidade, buscando cuidar dele como um todo, de forma humanizada, sem se voltar, apenas, para sua enfermidade ou para seu sofrimento físico. Por vezes, será possível encontrar a expressão “hospice” como referência às clínicas para pacientes terminais. No dicionário de Oxford, “hospice” é definido como “a hospital for people who are dying [...]” e diverge, portanto, de “asylum”, definido, em inglês, como “a hospital where people who were mentally ill could be cared for, often for a long time”, expressão equivalente a “hospício”, em português (HORNBY, Albert Sidney. *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*. 6ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2000, p. 68 e 657).

<sup>76</sup> PESSINI, Léo, *op. cit.*, 1996, não paginado.

<sup>77</sup> CLARK, David, *op. cit.*, p. 431-432.

<sup>78</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. 10ª ed. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019, p. 26.

<sup>79</sup> PESSINI, Léo, *op. cit.*, 1996, não paginado.

dignidade. 2. Que o paciente receberá continuidade de cuidados e não será abandonado ou sofrerá perda de sua identidade pessoal. 3. Que o paciente terá tanto controle quanto possível no que se refere às decisões a respeito de seu cuidado e lhe será dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica prolongadora de “vida”. 4. Que o paciente será ouvido como uma pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças. 5. Que o paciente será capaz de morrer onde queira morrer.

Por fim, deve-se notar que, como apontado por Ronald Dworkin<sup>80</sup>, a escolha entre viver e morrer é extremamente pessoal e individual, de forma que, para certas pessoas, mesmo diante de um terrível sofrimento, seguir vivendo será a escolha que mais atende aos seus interesses fundamentais, ao passo que, para outras, ainda que se encontrem nas mesmas circunstâncias, a morte parecerá a escolha mais adequada.

Não existe, portanto, uma escolha correta: ambas são admissíveis e deverão ser respeitadas, seja pela eutanásia ou suicídio assistido, seja pelo seguimento da vida da maneira mais confortável possível.

Inclusive, como prova de que a eutanásia não é prática incompatível com os cuidados paliativos, a Bélgica promulgou, em 2002, uma lei que regulamentou a eutanásia. A despeito disso, no mesmo ano, foi promulgada, também, uma lei de cuidados paliativos.<sup>81</sup>

Esse fato, por si só, parece revelar que não se tratam de regulamentações contraditórias, mas sim, complementares, uma vez que o enfermo, conhecendo seu estado de saúde e seu prognóstico, deve poder optar, livremente, se prefere morrer ou seguir vivendo.<sup>82</sup>

---

<sup>80</sup> DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 296-297.

<sup>81</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 189.

<sup>82</sup> *Idem, ibidem*.

Conclui-se, então, que qualquer que seja a escolha do paciente, ele estará amparado, seja pela eutanásia, seja pelos cuidados paliativos. Somente se estes últimos forem oferecidos de modo satisfatório será cabível dizer que a escolha do paciente de morrer foi, efetivamente, livre, pois ele tinha a opção de permanecer vivo nas melhores circunstâncias possíveis e, ainda assim, preferiu a morte.

### **1.5 Diretivas antecipadas de vontade**

Apesar de o consentimento do paciente ser essencial para que qualquer forma de aplicação ou interrupção de tratamento seja realizada, muitas vezes não é viável, momentaneamente, obtê-lo.

Nesse caso, pode-se recorrer a manifestações de vontade precedentes, na forma de diretivas antecipadas de vontade.

Tais diretivas compreendem dois instrumentos diversos: a procuração de saúde – em que será designada uma pessoa para tomar decisões em prol do outorgante – e o testamento vital, que é o documento no qual constarão quais as vontades do paciente com relação ao curso do tratamento médico a ser aplicado, quando ele se encontre incapacitado de expressar sua vontade.<sup>83</sup>

O testamento vital, de acordo com Juana Teresa Betancor<sup>84</sup>, pode ser considerado como uma espécie de consentimento informado, e foi criado em 1967 por Luis Kutner, um advogado de Chicago.

Sobre a vantagem do testamento vital a partir da perspectiva do paciente, assim escreve Dias<sup>85</sup>:

---

<sup>83</sup> BETANCOR, Juana Teresa. El testamento vital. *Eguzkilore – Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, San Sebastián, n. 9, p. 97-112, dez. 1995, p. 105.

<sup>84</sup> *Idem, ibidem*, p. 98.

<sup>85</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 194.

O “testamento vital” tem grande utilidade para preservar a autonomia e a dignidade da pessoa no momento em que ela não puder expressar sua vontade acerca dos procedimentos médicos sugeridos na situação em que se encontra ou sobre o prolongamento de sua vida nessas circunstâncias.

Já com relação aos médicos, Betancor<sup>86</sup> aponta um objetivo secundário do instrumento, que seria a proteção ao profissional de saúde de denúncias de má prática médica e de erro médico, cada vez mais frequentes. Ainda, a autora elenca as situações em que as diretivas antecipadas se mostram úteis: (1) na hipótese de enfermidade terminal ou incurável, se o paciente estiver consciente, prevalecerá sua última vontade. Assim, o documento poderá servir como condição de “reiteração” na petição de ajuda para morrer que normalmente existe em países que legalizaram a eutanásia voluntária<sup>87</sup>; (2) na hipótese de estar o paciente em coma ou impedido, por sua condição de saúde, de manifestar sua vontade, ou em estado vegetativo persistente; (3) na hipótese de um acidente, quando for possível verificar, pela avaliação do médico, que o paciente irá sofrer, de modo irreversível, uma das condições que ele descreve em seu testamento vital como inaceitáveis.

Assim, as diretivas antecipadas de vontade se revelam de suma importância para garantir que, caso uma enfermidade ou um acidente retirem nossa capacidade de manifestação, as equipes de saúde e nossos familiares saibam como agir e não tenham que escolher em nosso nome, o que pode representar, além da garantia do respeito à nossa autonomia, a retirada de um fardo de seus ombros.

---

<sup>86</sup> BETANCOR, Juana Teresa, *op. cit.*, p. 99-100 e 104-105.

<sup>87</sup> Nos termos da legislação belga sobre a eutanásia, por exemplo, o pedido para morrer deverá ser, dentre outros requisitos, reiterado, ou seja, feito mais de uma vez. O testamento vital, nesse caso, serviria para cumprimento do requisito da reiteração. (VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 92).

No Capítulo 3, os aspectos jurídicos da utilização das diretivas antecipadas de vontade serão abordados e, no Capítulo 4, será analisada a legitimidade de tais instrumentos quanto ao paciente que tenha desenvolvido alguma forma de demência.

## Direitos fundamentais em jogo

Ante a possibilidade de se prolongar a vida em condições nem sempre dignas ou desejáveis, a discussão sobre a existência de um direito de morrer e de decidir sobre a própria morte ganha nova estatura, e o desafio bioético dos países democráticos e plurais é, como quer Diniz<sup>1</sup>, retirar o tema da boa morte do campo do tabu para garantir que ele seja entendido como uma questão de direitos humanos, os quais, como ensina Flávia Piovesan<sup>2</sup>, possuem uma “dupla vocação: afirmar a dignidade humana e prevenir o sofrimento humano”.

No presente capítulo, trabalhar-se-á com princípios<sup>3</sup> como a dignidade, a vida, e a autonomia, para que se verifique a constitucionalidade da eutanásia no ordenamento jurídico brasileiro. Inicialmente, entretanto,

---

<sup>1</sup> DINIZ, Débora, *op. cit.*, p. 1742-1744.

<sup>2</sup> PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios e perspectivas contemporâneas. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, Brasília, Tribunal Superior do Trabalho, v. 75, n.1, jan./mar. 2009, p. 108.

<sup>3</sup> Importante destacar que o conceito de “princípio” aqui adotado é aquele utilizado por Robert Alexy quando da distinção entre duas espécies de normas: princípios e regras. Princípios, para este autor, seriam mandamentos de otimização, ou seja, “normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes”, podendo “ser satisfeitos em graus variados”. Assim, no conflito entre dois princípios, a depender do contexto, um deverá ceder em maior grau, e o outro prevalecerá. Em uma situação diversa, entretanto, o contrário poderá ocorrer, mas os dois princípios permanecerão válidos e integrarão o ordenamento jurídico. De maneira diversa, quando existe conflito entre duas regras, salvo cláusula de exceção, uma delas deverá ser declarada inválida e extirpada do ordenamento jurídico, e a outra incidirá por completo, diretamente. Regras, então, “são normas que são sempre ou satisfeitas ou não satisfeitas. Se uma regra vale, deve-se fazer exatamente aquilo que ela exige; nem mais, nem menos”. São, portanto, razões definitivas, que incidem diretamente no ordenamento jurídico. Para que um princípio possa incidir, todavia, não é possível aplicá-lo diretamente, sendo necessário que se realize o sopesamento (ou a ponderação) com outros princípios que com ele colidam. Assim, nenhum princípio possui valor absoluto, não importa quão importante ele seja e, uma vez que princípios “exigem que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes”, não possuem um mandamento definitivo, mas apenas *prima facie*. (ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008, p. 85-94; 103-106 e 166-176). Sobre o tema, cf. SILVA, Virgílio Afonso da. Princípios e regras: mitos e equívocos acerca de uma distinção. *Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais*, Belo Horizonte, Del Rey, n. 1, p. 607-630, jan./jul. 2003.

será analisada a questão da laicidade estatal, já que um dos maiores empecilhos para a aceitação da existência de um direito à morte assistida parece ser a questão religiosa.

Não pretendemos, aqui, explorar todas as dimensões dos direitos fundamentais mencionados, mas, diversamente, estudá-los tão somente na medida em que interessem ao tema da morte digna.

## **2.1 A laicidade do Estado: uma premissa**

Um dos motivos pelos quais a eutanásia – assim como o aborto – suscita tamanha polêmica decorre do fato de que ela envolve uma questão que Dworkin<sup>4</sup> revela ser essencialmente religiosa, qual seja, a sacralidade da vida.

Como será visto mais adiante, o valor e o sentido atribuídos à vida são relevantes mesmo para aqueles que não professam fé alguma e, dentro das diversas religiões ao longo do tempo, sempre tiveram destaque.

Por esse motivo, para que se possa afirmar a existência de um direito de morrer com autonomia, é essencial tratarmos da questão da separação entre Estado e religião, deixando-se de lado qualquer argumento de cunho religioso que busque impor à coletividade uma determinada visão a respeito do modo pelo qual o valor da vida deve ser respeitado.

A morte, nas palavras de Sá e Moureira<sup>5</sup>, é mais do que um evento científico, sendo, também, um “evento moral, religioso e cultural”, de tal forma que, “além da dimensão biológica, há, também, a dimensão biográfica: diferentes comunidades têm diferentes visões sobre a morte, e a dignidade acaba por ter de se aliar a estas dimensões”.

---

<sup>4</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 230-231.

<sup>5</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 110.

Cada religião trata o tema da morte de uma maneira própria. Assim, por exemplo, no judaísmo, que é a religião monoteísta mais antiga, o último período da doença é visto como o momento “em que o paciente deve ser encorajado, assistido e consolado”, e o “Hallacha’, sistema legal judeu, cria uma estrutura para informar ao paciente que se encontra próximo da morte a gravidade de sua situação”, cabendo ao enfermo tentar colocar sua vida em ordem antes de morrer.<sup>6</sup>

Segundo Pessini<sup>7</sup>, a tradição legal hebraica (*halakhah*) é contrária à eutanásia, pois entende que o médico é uma ferramenta de Deus para preservar a vida humana, não sendo permitido que ele se utilize da prerrogativa divina de decidir entre a vida e a morte de seu paciente, ainda quando este esteja sofrendo, somente se admitindo que se deixe um paciente morrer quando ele seja considerado terminal, estando a morte significativamente próxima.

O budismo, por sua vez, fundado na Índia por Siddhartha Gautama, é uma religião não-teísta e vista, por muitos ocidentais, “mais como filosofia de vida do que como propriamente religião, mesmo porque esta seita não entra na questão da existência ou não de um Deus criador”.<sup>8</sup>

Na visão budista, a morte não é, apenas, o fim da vida. Diversamente, representa uma transição para um posterior renascimento. Segundo Pessini<sup>9</sup>:

Em relação à morte, os budistas japoneses já há muito reconheceram o que os ocidentais estão redescobrimdo só recentemente: que a forma de morrer, o momento preciso da morte, é muito importante. [...] O budismo não vê a

---

<sup>6</sup> *Idem, ibidem*, p. 110-111.

<sup>7</sup> PESSINI, Léo. A eutanásia na visão das grandes religiões mundiais (budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo). In: PESSINI, Leo. *Eutanásia: Por que abreviar a vida?* São Paulo: Loyola, 2004, p. 229-265, p. 246-247.

<sup>8</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 113-114.

<sup>9</sup> PESSINI, Léo, *op. cit.*, 2004, p. 234-235.

morte como o fim da vida, mas simplesmente como uma transição: o suicídio não é, portanto, um escape. Assim, no sangha (comunidade dos seguidores de Buda) inicial, o suicídio foi condenado, em princípio, como uma ação imprópria. Mas os textos budistas mais recentes incluem muitos casos de suicídio que o próprio Buda aceitou e perdoou. Por exemplo, os suicídios de Vakkali e de Channa foram cometidos por causa de enfermidades dolorosas e irreversíveis. Mas é importante observar que a aceitação de Buda dos suicidas não se baseia no fato de eles estarem em estado terminal, mas porque estavam com as mentes livres de egoísmo e de desejos e iluminadas. O budismo reconheceu há tempos o direito de as pessoas determinarem quando deveriam passar desta existência para a seguinte. O importante, aqui, não é se o corpo vive ou morre, mas se a mente pode permanecer em paz e harmonia consigo mesma. [...] Os budistas japoneses demonstraram uma preocupação com a morte ainda maior que a de seus vizinhos. Os japoneses valorizavam mais a paz da mente e a honra da vida do que uma vida longa.

Para o budismo, ademais, apesar de a vida ser preciosa, não é considerada divina, já que não existe a crença em um ser supremo ou em um Deus criador. Existe, sim, um valor básico da vida, que diz respeito não só aos seres humanos, mas também a toda vida animal. A maior ênfase é dada ao estado de consciência e paz no momento da morte, de modo que não existe uma oposição rígida à eutanásia ativa ou passiva, que poderiam, em determinadas circunstâncias, ser realizadas de maneira legítima.<sup>10</sup>

Com relação ao cristianismo, existem diversas tradições cristãs relevantes, mas o catolicismo romano é a de maior expressão no estudo da morte e, mais especificamente, da eutanásia.<sup>11</sup>

Segundo Sá e Moureira<sup>12</sup>, a igreja católica possui uma série de documentos que tratam do tema e que revelam que ela se opõe à eutanásia

---

<sup>10</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>11</sup> Sá, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 121-123.

<sup>12</sup> *Idem, ibidem*, p. 123.

ativa direta e, também, à distanásia, distinguindo entre o “matar” e o “deixar morrer” (“considerar que a natureza seguirá seu curso, não empregando tratamento desnecessário em paciente terminal no momento em que nada mais pode ser feito”). Um exemplo dessa distinção é trazido pelos autores quando da descrição do falecimento do papa João Paulo II:

Foi com o propósito de deixar a natureza seguir seu curso que no ano de 2005 o então papa João Paulo II, após uma série de complicações em sua saúde que lhe rendeu duas internações hospitalares, uma traqueostomia e uma sonda nasogástrica, afirmou aos seus assessores que preferia permanecer e terminar os seus dias em seus aposentos oficiais no terceiro andar do Palácio Apostólico, ao invés de ir para o hospital e ser submetido a novos tratamentos médicos.

Para Pessini<sup>13</sup>, a tradição moral católica sustenta que haveria, sim, uma diferença fundamental entre “não utilizar um tratamento num paciente terminal quando nada mais pode ser feito para reverter significativamente a progressiva deterioração da vida” e “intervir diretamente para provocar a morte do paciente”. A igreja aceita, tão somente, a primeira conduta. Voltaremos a essa discussão no Capítulo 4.

Por fim, com relação ao islamismo, trata-se de religião posterior ao cristianismo, “sendo a última e a mais jovem das grandes religiões mundiais”. Para Sá e Moureira<sup>14</sup>, “o islamismo condena o suicídio e a eutanásia ativa. Contudo, traz certa simpatia em relação à ortotanásia, uma vez que condena a adoção de medidas heroicas para manter, a todo custo, a vida de alguém com morte iminente”.

As diferentes religiões enxergam, portanto, a vida e a morte de maneiras distintas. Seria possível, então, que a visão de uma delas fosse imposta a todas as pessoas de determinada sociedade, pelo motivo de ser

---

<sup>13</sup> PESSINI, Léo, *op. cit.*, 2004, p. 249-251.

<sup>14</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 120.

majoritariamente adotada por seus cidadãos? Seria isso o respeito à democracia? A resposta só pode ser negativa.

Para uma discussão acerca do tema no ordenamento jurídico brasileiro é necessário que se parta de uma premissa inicial, qual seja, a de que o Estado pátrio é laico, o que significa que a questão deverá ser analisada levando-se em consideração o pluralismo religioso, moral e cultural da sociedade e os direitos fundamentais consagrados na Constituição Federal de 1988<sup>15</sup>.

No caso do Brasil, se alguma moral religiosa tivesse que se impor às demais, seria aquela sustentada pela Igreja Católica, já que o catolicismo, de acordo com o censo populacional de 2010<sup>16</sup>, é adotado por quase 65% da população, chegando a 87% o número de cristãos quando contabilizados os protestantes.

Há de se reconhecer, entretanto, que a sociedade é integrada, de acordo com o mesmo censo de 2010, por outras quarenta religiões e, ainda, por ateus e pessoas de religião indefinida, os quais devem ter sua liberdade religiosa assegurada de maneira isonômica, a despeito de serem minoria.

Nas palavras de Mônica de Melo<sup>17</sup>:

É inegável que as religiões constituem forças sociais e políticas que se organizam, no sentido de formar seus adeptos e de conseguir novas adesões a partir de um determinado programa de valores que contém regras morais, ritos e liturgias. Um Estado Democrático deve conceber a liberdade de religião, crença e consciência e protegê-la como direito fundamental. Isso significa não

---

<sup>15</sup> BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>16</sup> BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>17</sup> MELO, Mônica de. *Direito fundamental à vida e ao aborto a partir de uma perspectiva constitucional, de gênero e da criminologia*. Tese (Doutorado em Direito Constitucional) - Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21811/2/M%20C3%B4nica%20de%20Melo.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 44.

aceitar, como próprio do Estado, nenhuma religião específica para que todos sejam protegidos em sua liberdade, inclusive os que não professam religião alguma.

A separação entre Estado e Igreja, no direito pátrio, encontra fundamento no artigo 19, inciso I da Constituição Federal, que veda aos entes federativos “estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público”. Ademais, a Constituição não diz, de modo explícito, que o Brasil é um Estado laico, mas traz diversos princípios constitucionais referentes à igualdade, democracia e liberdade (no qual se inclui a liberdade religiosa) dos quais se retira, com base no artigo 5º, §2º da Constituição Federal (que reconhece a existência de direitos não expressos no texto constitucional, decorrentes do regime de princípios adotados pela Constituição), o princípio da laicidade.<sup>18</sup>

Este último princípio, nas palavras de Clarisse Laupman Ferraz Lima<sup>19</sup>, pode ser assim definido:

[...] Laicidade é a formação de um Estado onde nenhum grupo ou instituição religiosa estejam vinculados ao governo que o representa, e em que a esfera pública seja neutra em matéria religiosa. A laicidade é restritiva, excludente. Ela significa uma não atuação ou exclusão da religião na esfera pública.

---

<sup>18</sup> ZYLBERSZTAJN, Joana. *O princípio da laicidade na Constituição Federal de 1988*. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-11102012-111708/pt-br.php>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 5, 39 e 58.

<sup>19</sup> LIMA, Clarisse Laupman Ferraz. *Liberdade religiosa e segurança internacional: desafios e perspectivas*. 2016. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/6979/1/Clarisse%20Laupman%20Ferraz%20Lima.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 42.

A laicidade estatal, entretanto, nem sempre esteve presente em nosso ordenamento jurídico. Nesse sentido, até a proclamação da República, em 1889, o Estado adotava a religião católica romana de forma oficial. Somente a partir da primeira Constituição republicana, promulgada em 1891<sup>20</sup>, passa a ser possível falar em um Estado laico.<sup>21</sup>

Joana Zylbersztajn<sup>22</sup>, sobre uma construção histórica do princípio da laicidade em conformidade com a evolução dos direitos humanos, sustenta que o referido princípio estaria, em um primeiro momento, relacionado a um direito de liberdade (liberdade religiosa), coerente com o discurso liberal de cidadania que vinha expresso nas primeiras declarações de direitos. Em um segundo momento, paralelamente à evolução histórica da compreensão dos direitos humanos, a laicidade passou, então, a incorporar a noção de igualdade entre os cidadãos. Por fim, em uma terceira fase evolutiva, o princípio viria a integrar a concepção de democracia dos Estados modernos, tendo tal entendimento sido absorvido pela Constituição Federal de 1988, no contexto dos direitos de liberdade, igualdade e democracia por ela previstos.

No atual contexto do ordenamento jurídico brasileiro, então, o princípio da laicidade deve ser interpretado tendo em vista ser o Brasil uma democracia constitucional, na qual, segundo a autora, o “governo da maioria” não pode se valer de um poder que seja absoluto e ilimitado, sob pena de ferir sua própria essência constitutiva. O constitucionalismo, nesse

---

<sup>20</sup> BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 24 de fevereiro de 1891*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao01.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao01.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>21</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 73.

<sup>22</sup> ZYLBERSZTAJN, Joana, *op. cit.*, p. 1.

ponto, assume o papel de resguardar os direitos fundamentais e, em especial, garantir que tais direitos sejam exercidos pelas minorias. Trata-se, pois, de proteger as minorias da tirania da maioria.<sup>23</sup>

É por esse motivo que, como vimos, apesar de 87% dos brasileiros serem, conforme o censo de 2010, cristãos, sua visão sobre questões essencialmente religiosas não pode se impor aos outros 13%.

É impossível negar, contudo, que a moral religiosa seja um fator de extrema relevância em uma comunidade, o que leva à seguinte questão: pode o Direito simplesmente deixar de considerar os ditames da religião majoritária?

Ferdinand Lassalle<sup>24</sup> afirmava, já no século XIX, que existem fatores reais de poder a atuar no seio de cada sociedade, e que tais fatores informariam todas as leis e instituições jurídicas vigentes. Assim, a Constituição de um país, em essência, seria “a soma dos fatores reais do poder que regem uma nação”.

Para o autor, ainda, uma constituição escrita seria boa e duradoura quando correspondesse à constituição real e tivesse raízes nos fatores do poder que regem o país, pois, na hipótese de a constituição escrita não corresponder à constituição real, ocorreria um inevitável conflito que levaria a constituição escrita (a “folha de papel”) a sucumbir perante a constituição real, que representaria as “verdadeiras forças vitais do país”.<sup>25</sup>

Seria, então, a religião um fator real de poder, cuja não observância poderia levar a um conflito entre o que diz a Constituição do país e a realidade, resultando em um distanciamento entre o texto constitucional e a prática?

---

<sup>23</sup> *Idem, ibidem*, p. 81-82.

<sup>24</sup> LASSALLE, Ferdinand. *A essência da Constituição*. 6. ed. Trad. Walter Stönnner, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001, p. 10-11 e 17.

<sup>25</sup> *Idem, ibidem*, p. 33.

Para Dias<sup>26</sup>, a religião pode, sim, ser considerada como um “fator real de poder” nos termos propostos por Lassalle, já que esta influencia, assim como as mais diversas forças sociais, políticas e históricas, a formação do direito. Entretanto, a partir do momento em que o princípio da laicidade é adotado por determinada nação, como aconteceu no Brasil com a proclamação da República, o referido fator deixa de estar constitucionalmente autorizado, de modo que passa a ser inadmissível que o Estado imponha qualquer comportamento com base na religião predominante à sociedade.

Ademais, se é verdade que democracia é o governo do povo, em que os desígnios da maioria prevalecem sobre os da minoria, é também certo que, como vimos, em uma democracia constitucional, os direitos fundamentais de todos os cidadãos devem ser assegurados. Ensina Melo<sup>27</sup>:

[...] há de haver um limite para as decisões da maioria, ou seja, ainda que se tenha uma maioria religiosa, expressiva numericamente, bem organizada e que elege representantes no Parlamento, no Executivo, entre outras instâncias, capaz, de forma legítima, de fazer predominar sua orientação moral, a minoria tem que encontrar na Constituição proteção para a defesa de seus direitos e de sua liberdade e a possibilidade de resistir a padrões morais de uma maioria eventual.

Há de se destacar, por fim, que o discurso democrático não pode se valer de argumentos baseados em dogmas, já que a legitimação das normas e atos do Estado depende de racionalidade e razoabilidade, características que não pertencem, necessariamente, ao discurso dogmático.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, 2012, p. 81 e 82.

<sup>27</sup> MELO, Mônica de, *op. cit.*, p. 44-45.

<sup>28</sup> ZYLBERSZTAJN, Joana, *op. cit.*, p. 81-82.

Jónatas Eduardo Mendes Machado<sup>29</sup>, nesse sentido, sustenta que os discursos jurídico-constitucional e teológico-confessional correspondem a espaços discursivos distintos, já que o primeiro se caracteriza por ser inclusivo e não homogeneizante, uma vez que toma por base um princípio de igual dignidade da pessoa humana e um conceito mais amplo de liberdade subjetiva, ao passo que o segundo é, naturalmente, um discurso exclusivista, porquanto comunidades morais como as confissões religiosas possuem seus próprios textos e princípios fundamentais, com uma razão interna que se baseia na fé, e que exclui aqueles que não aderem às suas proposições.

Seguindo essa lógica, Zylbersztajn<sup>30</sup> entende, por exemplo, que o aborto não poderia, em um sistema constitucionalista, ser proibido por meio da argumentação divina, ainda que tal argumento fosse traduzido da esfera religiosa para a civil, já que “determinadas concepções precisam, de qualquer forma, ser refletidas à luz do pluralismo religioso e moral que compõe a sociedade”. O mesmo pode-se dizer, parece óbvio, com relação à eutanásia.

Como colocado por Daniel Sarmiento<sup>31</sup>, uma das principais características das sociedades contemporâneas é o pluralismo, o que significa que dentro de uma mesma comunidade serão encontradas pessoas diversas que professam fés diversas (ou fé nenhuma), e cabe ao Estado respeitar tais escolhas e orientações de vida, não podendo se utilizar de seu aparato repressivo “para coagir o cidadão a adequar sua conduta às concepções hegemônicas na sociedade”, ou estigmatizar aqueles que pensam de modo

---

<sup>29</sup> MACHADO, Jónatas Eduardo Mendes. *Liberdade religiosa numa comunidade constitucional inclusiva: dos direitos da verdade aos direitos dos cidadãos*. Coimbra: Coimbra Editora, 1996, p. 180-181.

<sup>30</sup> ZYLBERSZTAJN, Joana, *op. cit.*, p. 81-82.

<sup>31</sup> SARMENTO, Daniel. *Livres e iguais: estudos de Direito Constitucional*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 115-118.

diferente da maioria. O pluralismo, inclusive, se encontra assegurado pelo 1º, inciso IV, da Constituição Federal.

É de se concluir que, sem que haja uma separação entre Estado e religião, não será possível efetivar os direitos à liberdade e à isonomia e nem, tampouco, garantir o pluralismo moral, cultural e religioso característicos de uma democracia constitucional saudável.

Ao partir-se da premissa de que, sendo o Estado laico, não é possível que uma parcela da sociedade imponha ao restante seu ponto de vista a respeito de questões essencialmente religiosas, chegar-se-á à inevitável conclusão de que um Estado verdadeiramente democrático não poderá justificar proibições ao aborto, à eutanásia e ao suicídio com base na opinião majoritária, que adota uma ou outra confissão. Uma democracia saudável é plural, e não homogênea.

### **2.1.1 A sacralidade da vida em Dworkin e a liberdade religiosa**

A noção de que a vida humana possui um valor intrínseco, único, e que merece ser respeitado não é exclusiva daqueles que adotam uma ou outra religião. De um modo geral, existe um consenso com relação ao sentimento de que nossas vidas são especiais em si mesmas, devendo, por isso, ser protegidas.

A discussão em torno desse valor é essencial quando se está a tratar da autonomia para morrer, uma vez que, para a doutrina da santidade da vida, esta última teria um valor absoluto, e que, por isso, não poderia ser violado, nem mesmo pelo titular da vida em questão.

Singer<sup>32</sup>, sobre a santidade da vida, destaca que, para a maior parte dos adeptos dessa doutrina – que não está vinculada, estritamente, a um

---

<sup>32</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 118.

sentido religioso, fazendo parte de uma ética secular profundamente enraizada na sociedade e, até, no universo jurídico – tirar a vida não será, sempre, errado, havendo notórias exceções, como a legítima defesa e o estado de necessidade.

O autor explica que, em todas as sociedades conhecidas pelo homem, tirar a vida humana sempre foi, de alguma maneira, proibido, por se presumir que, na hipótese de essa restrição não existir, comunidade alguma conseguiria sobreviver. O que muda de sociedade para sociedade é quem está protegido por esta norma (somente membros da comunidade, mas não estrangeiros; cidadãos, mas não escravos; alemães arianos, mas não judeus, etc.). Essa preocupação com a sobrevivência da sociedade pode servir como um primeiro argumento para que seja dado um valor especial à vida humana<sup>33</sup>.

Existe, todavia, uma linha de argumentação que nos parece mais sólida.

Dworkin<sup>34</sup> menciona a crença de que é “*intrinsecamente* lamentável que a vida humana tenha um fim prematuro”, ou seja, o sentimento “de que uma morte prematura é intrinsecamente má, mesmo quando não represente nada de mau para uma determinada pessoa”. É por esse motivo que, para muitos, o suicídio e a eutanásia seriam ruins, não obstante a morte satisfazer os interesses fundamentais da pessoa em questão. Trata-se, segundo o autor, de uma crença frequentemente intuitiva, já que muitas pessoas não se dão conta de que suas concepções sobre assuntos como a eutanásia estão associadas à ideia de que a vida humana tem um valor intrínseco, ou seja, de que a continuidade da vida é, em si mesma,

---

<sup>33</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>34</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 96.

relevante, independentemente de ter essa vida importância ou utilidade para alguém em especial.

Os bens intrinsecamente valiosos, para Dworkin<sup>35</sup>, podem ser divididos em incrementalmente valiosos (quanto mais houver, melhor) e sagrados ou invioláveis (bens cuja destruição “desonra o que deve ser honrado”). A vida se enquadraria nesse segundo caso, já que não existe uma ideia de que quanto mais pessoas existir, melhor. Diversamente, uma vez que aquela vida exista, ela não deve ser descartada.

Silvia Pimentel<sup>36</sup>, por sua vez, analisando o trabalho do autor, define a sacralidade da vida como um *topoi*:

A ideia de um valor intrínseco [à vida] é um *topoi*, lugar-comum, e se coloca em um ponto central no nosso esquema partilhado de valores e opiniões. Mas, não basta dizer que esta ideia é familiar. Aplicá-la ao tema em questão apresenta dificuldades peculiares. Quais são os critérios de mensuração de respeito ou desprezo à vida humana? Devemos deles nos utilizar ao formular um juízo? [...] O sagrado tem valor intrínseco porque existe, é inviolável pelo que representa ou encarna. Não se trata de um valor incremental.

Ocorre que, a despeito da existência de um pressuposto comum a todos de que a vida é um bem que deve ser protegido por seu valor intrínseco e sagrado – em um sentido, não necessariamente, religioso –, as divergências com relação a temas como o aborto, a eutanásia e o suicídio são marcantes.

Nesse sentido, Pimentel<sup>37</sup> assim escreve:

---

<sup>35</sup> *Idem, ibidem*, 102-103.

<sup>36</sup> PIMENTEL, Silvia. A Sacralidade da vida e o aborto: idéias (in)conciliáveis. In: DORA, Denise Dourado (org.). *Feminino e Masculino: igualdade e diferença na justiça*. Porto Alegre: Sulina, 1997, p. 153-163, p. 161.

<sup>37</sup> *Idem, ibidem*, p. 156-157.

O sacro, tanto sob a interpretação convencional religiosa quanto sob a interpretação laica, assume o aspecto inviolável. Dworkin afirma que a vida humana não só tem valor intrínseco, mas é sacra. Em seu entender, a maior parte das pessoas aceita a sacralidade da vida, mas diverge, de formas complicadas, sobre quais são suas implicações com referência ao aborto. A questão do aborto é um problema universal de moralidade política. Cada comunidade deverá considerar valores intrínsecos, tanto em casos de decisões coletivas, quanto de escolhas individuais. A ideia de que a nossa vida tem um valor intrínseco e inviolável, ao mesmo tempo nos une e nos divide de uma maneira profunda e coerente – porque a concepção própria de uma pessoa sobre o que esta ideia significa irradia-se através de toda a sua vida.

Assim, basicamente, apesar de existir um consenso sobre a existência de um valor intrínseco e especial à vida, o modo de respeitá-lo terá um significado diferente para cada pessoa. Como nos ensinam Tom L. Beauchamp e James F. Childress<sup>38</sup>:

Mesmo quando as crenças de diferentes culturas ou indivíduos sejam divergentes, havendo desacordos intransponíveis, pessoas podem, ainda assim, não discordar fundamentalmente sobre o princípio moral por trás de suas crenças. Duas culturas ou indivíduos podem concordar sobre um princípio moral *fundamental*, mas discordar sobre como deve se dar sua interpretação ou aplicação numa situação concreta.

Segundo Dworkin<sup>39</sup>, pessoas com convicções diferentes sobre questões religiosas e filosóficas terão opiniões divergentes sobre o que significa respeitar esse valor: para alguns, havendo perigo de vida da mãe no caso de uma gravidez de risco, o médico demonstrará respeito à vida quando

---

<sup>38</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. Nova York: Oxford University Press, 2001, p. 22, tradução nossa. No original: "Even when cultural practices and individual beliefs vary, and disagreements are unresolvable, people still may not *fundamentally* disagree about the ultimate moral standards that underlie their judgments. Two cultures or individuals may agree about a fundamental principle of morality, yet disagree about how to interpret or apply that principle in a particular situation".

<sup>39</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 98, 149 e 150.

preservá-la, em detrimento da vida do feto; para outros, o inverso será verdadeiro; para uns, o valor da vida será respeitado quando o aborto for realizado em uma vítima de estupro e, para os demais, haverá uma violação.

Diante dessa multiplicidade de formas de se respeitar a vida, ainda que partindo-se do mesmo pressuposto de que ela possui um valor intrínseco e sagrado, a questão que se coloca é: qual deve ser o papel do Estado em sua proteção?

Para assegurar outros bens que possuem valor intrínseco, não existe polêmica: o Estado pode decidir que proteger a arte e o meio ambiente é intrinsecamente valioso, e pode impor isso à sociedade, destinando impostos para a preservação de museus, tombando edifícios com valor histórico ou arquitetônico, proibindo práticas antiecológicas, etc. Mas, com relação à vida, o cenário é outro. Na medida em que se pode “descrever as crenças da maioria das pessoas no valor inerente da vida humana – as crenças mobilizadas em suas opiniões sobre o aborto – como crenças essencialmente religiosas”, é razoável dizer que a vida humana tem uma importância intrínseca mais fundamental para a totalidade da personalidade moral de cada um do que as convicções sobre a cultura ou as espécies ameaçadas, mesmo que estas impliquem, também, valores intrínsecos.<sup>40</sup>

Destaque-se, neste ponto, que, como ensina Pessini<sup>41</sup>, a morte sempre foi uma preocupação das religiões, as quais, ao longo da história, buscaram preparar as pessoas para o fim. Isso foi feito, por exemplo, por meio das tumbas da idade da pedra e das pirâmides do Egito, que revelam a crença em uma vida após a morte. É por isso que, para o autor, morrer é mais do

---

<sup>40</sup> *Idem, ibidem*, p. 216-218.

<sup>41</sup> PESSINI, Léo, *op. cit.*, 2004, p. 255.

que um evento técnico-científico. Como vimos, cada religião tem uma visão própria, construída a partir de seus prismas morais, sobre o que significa viver bem e o que a morte representa.

E se as crenças sobre o valor da vida são, como visto, plurais e essencialmente religiosas, independentemente de quem as profira – que pode ser, por exemplo, um ateu ou um agnóstico –, não caberia ao Estado impor a concepção majoritária sobre como respeitar esse valor, sob pena de se ferir a liberdade religiosa.

Ele pode, segundo Dworkin<sup>42</sup>, proteger a vida de seus cidadãos contra a violação de terceiros, para garantir os direitos de eventuais vítimas. Mas, se buscar proteger a vida sob o argumento de que ela tem um valor intrínseco, que pressupõe, como visto, um valor sagrado, ele estará, com isso, impondo uma concepção religiosa da maioria a todas as pessoas, em uma patente violação à laicidade estatal.

Por este motivo, é essencial, na discussão da temática da eutanásia e do suicídio, que se tenha em vista o direito à liberdade religiosa, respeitando-se o pluralismo.

Diniz<sup>43</sup>, sobre o tema, distingue entre a sacralidade e a santidade da vida humana, sustentando o seguinte:

Em um Estado laico como é o Brasil, o que está expresso em nosso ordenamento jurídico público é o princípio da sacralidade da vida humana e não o princípio da santidade da vida humana. O valor moral compartilhado é o que reconhece a vida humana como um bem, mas não como um bem intocável por razões religiosas. Todavia, a socialização dos profissionais de saúde confunde ambos os conceitos, o que acaba por sobrepor valores privados e metafísicos a respeito do sentido da existência e da morte a princípios coletivos, como o da sacralidade da vida e o da autonomia.

---

<sup>42</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 98, 149 e 150.

<sup>43</sup> DINIZ, Débora, *op. cit.*, p. 1742.

É possível dizer, portanto, que existe, no ordenamento jurídico brasileiro, a ideia de que a vida é um bem a ser protegido. O que não é possível afirmar é que se trata de bem cujo valor é absoluto e intocável por motivos religiosos.

Dworkin<sup>44</sup>, nesse ponto, faz uma ressalva importante: não existe qualquer motivo pelo qual o governo não deva pretender que seus cidadãos tratem decisões sobre a vida e a morte como questões de relevância moral. Assim, não haveria problema algum que, sendo a eutanásia legalizada, fossem estabelecidos requisitos para garantir que os pacientes que decidissem morrer o fizessem após profunda reflexão, e não de maneira leviana (algo que, como será visto no Capítulo 3, é feito, de formas diversas, pelos países que permitem a prática). Mas, isso não significa que o Estado possa impor a seus cidadãos uma concepção específica sobre como e por que a vida é sagrada.

Como já foi visto, diferentes religiões enxergam na vida e na morte significados distintos e, mesmo dentro de uma mesma seita religiosa, é possível dizer que cada um de seus membros terá uma visão ainda mais individualizada sobre o tema.

Como exemplo, apesar de o cristianismo ser contrário à eutanásia ativa e ao suicídio assistido, tanto o sul-africano Desmond Mpilo Tutu, Arcebispo da Cidade do Cabo e Nobel da Paz por sua luta contra o *Apartheid*, quanto o anterior Arcebispo de Canterbury, Lord Carey, mudaram seus posicionamentos a respeito deste tema.

Ao longo de sua vida, Tutu<sup>45</sup>, que continuamente lutou para que as pessoas tivessem direito a uma vida digna, e sempre se mostrou contrário

---

<sup>44</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 211-213.

<sup>45</sup> TUTU, Desmond. Desmond Tutu: a dignified death is our right – I am in favour of assisted dying. *The Guardian*, Reino Unido, 12 jul. 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2014/jul/12/desmond-tutu-in-favour-of-assisted-dying>. Acesso: 24 fev. 2021; e TUTU, Desmond. When my time comes, I want the option

ao suicídio assistido, disse ter mudado de opinião em 2014, uma vez que, próximo ao fim da vida, sua preocupação se voltou para o modo como ele gostaria de ser tratado em seus momentos finais, sustentando a aplicação do princípio da dignidade também na última fase da vida, e que a possibilidade de escolha dos pacientes deveria incluir o auxílio para uma morte digna.

Tutu<sup>46</sup> disse, expressamente, acreditar na santidade da vida humana. Não obstante, passou a defender que os pacientes terminais, que tiveram domínio sobre o curso de suas vidas, tenham, ao final, controle sobre suas mortes:

Eu dou as boas-vindas a todos aqueles que tiverem a coragem de dizer, como Cristãos, que nós deveríamos dar às pessoas que estão morrendo o direito de deixar este mundo com dignidade. Meu amigo Lord Carey, o antigo arcebispo de Canterbury, argumentou apaixonadamente em prol de uma lei para o suicídio assistido na Inglaterra. Sua iniciativa tem meu apoio e minha bênção, assim como outras iniciativas no meu país, África do Sul, pelos Estados Unidos e ao redor do mundo. Ao recusar às pessoas que estão morrendo o direito de morrer com dignidade, nós falhamos em demonstrar a compaixão que vive no coração dos valores cristãos.

George Leonard Carey, ou Lord Carey, antigo Arcebispo de Canterbury (o posto mais alto na hierarquia anglicana), por sua vez, alterou seu posicionamento publicamente, passando a apoiar o direito de morrer e

---

of an assisted death. *The Washington Post*, Washington, DC, 6 out. 2016. Disponível em: [https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/archbishop-desmond-tutu-when-my-time-comes-i-want-the-option-of-an-assisted-death/2016/10/06/97c804f2-8a81-11e6-b24f-a7f89eb68887\\_story.html?noredirect=on&utm\\_term=.695f226d7571](https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/archbishop-desmond-tutu-when-my-time-comes-i-want-the-option-of-an-assisted-death/2016/10/06/97c804f2-8a81-11e6-b24f-a7f89eb68887_story.html?noredirect=on&utm_term=.695f226d7571). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>46</sup> TUTU, Desmond. When my time comes, I want the option of an assisted death, *op. cit.* Tradução nossa. O original está assim redigido: “I welcome anyone who has the courage to say, as a Christian, that we should give dying people the right to leave this world with dignity. My friend Lord Carey, the former archbishop of Canterbury, has passionately argued for an assisted-dying law in Britain. His initiative has my blessing and support — as do similar initiatives in my home country, South Africa, throughout the United States and across the globe. In refusing dying people the right to die with dignity, we fail to demonstrate the compassion that lies at the heart of Christian values.”

manifestando seu apoio público à legislação que, se aprovada, permitiria que pessoas na Inglaterra e no País de Gales recebessem auxílio para encerrarem suas vidas.<sup>47</sup>

Carey declarou, nessa ocasião, que a alteração da lei não seria anti-cristã e que, ao se opor à reforma, a Igreja Anglicana – que ele liderava antes de se aposentar – acabaria, em uma tentativa de preservar a santidade da vida de maneira absoluta, por promover, paradoxalmente, a angústia e a dor, em uma contradição com a mensagem cristã de esperança.

Por meio de tais exemplos, o que questionamos é: se não existe unanimidade nem entre aqueles que pertencem a uma mesma seita religiosa com relação à autonomia para morrer, e se a santidade da vida possui, também, uma dimensão secular – ateus, como visto, também podem sentir, intuitivamente, que a vida possui um valor intrínseco – como justificar a imposição de um valor único e absoluto à vida, e sua imposição pelo Estado?<sup>48</sup>

Esse fato parece revelar, em definitivo, que a religiosidade não é um óbice, em si, para a aceitação de um direito à autonomia para morrer, sendo a escolha sobre a morte, diversamente, uma questão de foro íntimo, a ser decidida por cada um.

Como ensina Pimentel<sup>49</sup>, o debate sobre o aborto (e que também se estende à eutanásia) “é mais uma expressão de juízos individuais e nebulosos sobre a razão e o modo pelo qual se manifesta a sacralidade da vida”. Assim, para a autora, é de se esperar que haja mais tolerância no debate e,

---

<sup>47</sup> CHAPMAN, James. Carey: I've changed my mind on right to die: On eve of Lords debate, ex-Archbishop dramatically backs assisted death law. *The Daily Mail*, Reino Unido, 11 jul. 2014. Disponível em: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2689295/Carey-Ive-changed-mind-right-die-On-eve-Lords-debate-ex-Archbishop-dramatically-backs-assisted-death-law.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>48</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 276.

<sup>49</sup> PIMENTEL, Sílvia, *op. cit.*, p. 163.

mais do que isso, o reconhecimento de que existe um empenho comum entre as pessoas na busca pelo respeito à sacralidade da vida, bem “em si mesmo precioso, um ideal unificante que nós podemos resgatar de tantas décadas de ódio”.

Segundo Dworkin<sup>50</sup>, a questão colocada pela eutanásia não é saber se a sacralidade da vida deve ceder espaço para algum outro valor, como a humanidade ou a compaixão. Diversamente, o problema da autonomia para morrer diz respeito ao *modo* pelo qual a sacralidade da vida deve ser entendida e respeitada. A divisão de opiniões com relação à moralidade da eutanásia, do suicídio, ou mesmo, do aborto, não quer dizer que alguns desprezem valores que são fundamentais para outros. Ao contrário, uma vez que tais valores ocupam papel tão central na vida de todos os seres humanos, as pessoas têm muita dificuldade de abrir mão deles, e de aceitar que outros imponham a elas seus pontos de vista a respeito de seu significado.

É possível concluir, ante o exposto, que a sacralidade da vida é um valor compartilhado na sociedade, mas a maneira de se respeitar esse valor é individual. A defesa da autonomia para morrer não busca afastar o valor especial que damos à vida humana. Ao contrário, trata-se de respeitar o pluralismo de crenças, experiências de vida, interesses e escolhas de cada um.

A eutanásia ativa direta e o suicídio assistido, diversamente do que se poderia imaginar, podem se traduzir no respeito à sacralidade da vida, a depender dos valores e das crenças da pessoa que opta pela morte, e das circunstâncias nas quais ela se encontre.

A imposição de uma única forma sobre como o valor da vida deve ser respeitado, que atenda, exclusivamente, à concepção religiosa majoritária,

---

<sup>50</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 306-307.

viola a liberdade religiosa e o Estado laico. Paradoxalmente, acaba por violar, também, a própria noção de sacralidade da vida, já que, sem que as pessoas sejam livres para construir um projeto de vida que represente, de modo individual, o respeito ao valor especial que a vida possui, este será, invariavelmente, violado.

## 2.2 O princípio da dignidade aplicado à morte

Como dissemos anteriormente, não nos interessa, nesse livro, analisar ou debater, com profundidade, o princípio da dignidade, tão cheio de complexidades e controvérsias. Contudo, para que possamos falar em um direito à morte digna, é necessário que façamos, de modo breve, uma análise sobre seus contornos e sobre sua aplicação no que diz respeito à autonomia para morrer.

Ensina Immanuel Kant<sup>51</sup> que o “homem, e, duma maneira geral, todo ser racional, existe como fim em si mesmo, *não só como meio* para o uso arbitrário desta ou daquela vontade.” Para este autor, a autonomia seria o fundamento da dignidade e de toda natureza racional, já que violar o direito de uma pessoa de escolher o seu destino seria o mesmo que “coisificá-la”<sup>52</sup>.

Dias<sup>53</sup> nos lembra que o clássico ideal kantiano de dignidade foi totalmente negado pelo regime nazista, que assassinou e perseguiu milhões de pessoas, em nome de um ideal de eugenia que transformava judeus, ciganos, homossexuais, comunistas, pessoas com deficiência, etc., em meios para a “tomada e manutenção do poder”.

---

<sup>51</sup> KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. In: KANT, Immanuel; CHAUÍ, Marilena de Souza (coord.). *Os pensadores*: Kant II. Seleção CHAUÍ Marilena de Souza. Trad. Tania Maria Bernkopf, Paulo Quintela e Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Abril Cultural, 1980, p. 134-136 e 140-141.

<sup>52</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F., *op. cit.*, p. 125.

<sup>53</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 88-89.

Claro que, ao longo da história, esse não foi o único momento em que o ser humano foi coisificado de modo sistemático, tendo sua dignidade violada. Podemos pensar, por exemplo, na escravidão de negros africanos, que terminou, no Brasil, há pouco mais de um século, e que, de um modo bastante literal, transformou seres humanos em mercadoria.

Foi, contudo, apenas com o término da Segunda Guerra Mundial, após os horrores praticados no holocausto, que passou a haver um grande esforço internacional, por parte dos Estados, para que o princípio da dignidade fosse universalmente reconhecido e protegido.<sup>54</sup>

Segundo Piovesan<sup>55</sup>, o Direito Constitucional ocidental sofreu profundas transformações a partir do término da guerra, uma vez que esta significou, em razão da barbárie praticada e da descartabilidade da pessoa humana, uma ruptura com relação aos direitos humanos, representando o Pós-Guerra a esperança de reconstrução de tais direitos. É nesse contexto que emerge o chamado “Direito Internacional dos Direitos Humanos”:

[...] no âmbito do Direito Internacional, começa a ser delineado o sistema normativo internacional de proteção dos direitos humanos. É como se se projetasse a vertente de um constitucionalismo global, vocacionado a proteger direitos fundamentais e limitar o poder do Estado, mediante a criação de um aparato internacional de proteção de direitos. Note-se que estes eram exatamente os lemas do movimento do constitucionalismo instaurado no final do século XVIII, que fizeram nascer as primeiras Constituições escritas: limitar o poder do Estado e preservar direitos. Por sua vez, no âmbito do Direito Constitucional ocidental, percebe-se a elaboração de textos constitucionais abertos a princípios, dotados de elevada carga axiológica, com destaque ao valor da dignidade humana.

---

<sup>54</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>55</sup> PIOVESAN, Flávia. *Temas de Direitos Humanos*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 694-695.

Foi por este motivo que, três anos após o fim da guerra, em 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>56</sup>, a qual previa, em seu preâmbulo, ser imprescindível o reconhecimento de que a dignidade é inerente a todos e é fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, afirmando, ainda, em seu artigo 1º, que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”.

Piovesan<sup>57</sup>, sobre tal declaração, assim escreve:

A Declaração Universal de 1948 objetiva delinear uma ordem pública mundial fundada no respeito à dignidade humana, ao consagrar valores básicos universais. Desde seu preâmbulo, é afirmada a dignidade inerente a toda pessoa humana, titular de direitos iguais e inalienáveis. Vale dizer, para a Declaração Universal a condição de pessoa é o requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos. A universalidade dos direitos humanos traduz a absoluta ruptura com o legado nazista, que condicionava a titularidade de direitos à pertinência à determinada raça (a raça pura ariana). A dignidade humana como fundamento dos direitos humanos e valor intrínseco à condição humana é concepção que, posteriormente, viria a ser incorporada por todos os tratados e declarações de direitos humanos, que passaram a integrar o chamado Direito Internacional dos Direitos Humanos.

Depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos, as Constituições nacionais começaram a acolher o princípio da dignidade e, hoje, muitos são os textos que fazem referência ao princípio como o eixo dos direitos.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> A íntegra da Declaração Universal dos Direitos Humanos pode ser consultada em PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 13ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 470-474.

<sup>57</sup> *Idem, ibidem*, p. 204.

<sup>58</sup> VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 93-100.

No caso brasileiro, por exemplo, a dignidade vem expressa no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal de 1988, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

Apesar da ampla positivação desse princípio nos diversos ordenamentos jurídicos e na nossa Constituição Federal, não existe unanimidade sobre sua definição.

Como revela Valadés<sup>59</sup>, o conceito jurídico de dignidade é um preceito de um novo tipo, em processo de elaboração, que entrou na percepção constitucional, mas cujo escopo ainda não se encontra delimitado. De todo modo, para o autor, a dignidade não seria um direito, mas um poder que dá direitos e impõe obrigações, e estaria relacionada à necessidade de se tutelar os direitos das minorias frente aos interesses da maioria, sendo, portanto, um dos eixos fundamentais do Estado laico.

Com base nesse entendimento, Valadés<sup>60</sup> distingue entre a democracia majoritária – geralmente adotada por estados confessionais –, em que prevalecem, apenas, os interesses da maioria, e a democracia consensual, em que os direitos das minorias são reconhecidos e respeitados. Para o autor, esta última forma de governo não sobrevive quando o dogma religioso professado pela maioria tem efeitos no âmbito das decisões de todos, incluindo aqueles que adotem outras crenças religiosas ou que optem por não adotar crença alguma. Ao prevalecerem os interesses de uma minoria sobre a maioria, como acontece em uma monarquia, por exemplo, tem-se um caso de tirania; igualmente, quando em nome da vontade da maioria são suprimidos direitos da minoria, tem-se um caso de demagogia que é, também, uma espécie de tirania.

---

<sup>59</sup> *Idem, ibidem*, p. 129-132.

<sup>60</sup> *Idem, ibidem*. Cf. DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 93-100 e 136-140.

Com a secularização do Estado democrático, foi possível perceber uma tolerância cada vez maior por parte das majorias com relação aos direitos das minorias. Mas, mais do que uma sociedade em que existam tolerantes e tolerados, o autor sustenta que o respeito à dignidade significa dar um passo adiante: assumir que todas as pessoas, no contexto do pluralismo cultural e da diversidade, devem se relacionar de maneira totalmente simétrica, uma vez que todas elas possuem igual dignidade. Esta última, por fim, poderia ser traduzida na autonomia cultural, cabendo ao Estado e à sociedade, apenas, respeitar as decisões de cada um dos cidadãos.<sup>61</sup>

Ingo Wolfgang Sarlet<sup>62</sup>, sobre a dignidade, entende que ela impõe limites à atuação estatal, mas também exige do Estado que este tenha como meta permanente promover a vida digna a todos. Assim, para a concretização do princípio em análise, faz-se necessário que o Estado, especialmente na figura do legislador, remova todos os obstáculos que impeçam que as pessoas vivam dignamente, e promova as condições necessárias para que o direito à vida digna seja garantido. Nesse sentido, o Estado possui deveres de abstenção e de atuação positiva.

Dias<sup>63</sup>, por sua vez, sustenta que a dignidade da pessoa humana estaria no núcleo de todos os direitos fundamentais: “tanto no cerne dos tradicionais direitos individuais ligados à liberdade, que surgem para impedir a atuação do Estado, como dos direitos que procuram assegurar a igualdade das pessoas por meio da prestação do Estado”. Estaria, também, no eixo dos direitos de terceira dimensão.

---

<sup>61</sup> VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 138.

<sup>62</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*, p. 91-92.

<sup>63</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 102-106.

Finalmente, para Piovesan<sup>64</sup>, a dignidade seria um superprincípio, ou seja, a norma maior a orientar o constitucionalismo contemporâneo, por meio da qual ele seria dotado de especial racionalidade, unidade e sentido. A dignidade seria responsável, então, por individualizar todas as demais normas do ordenamento jurídico, sempre considerando o ser humano como um fim em si mesmo, e atuando de modo imperativo nas constituições democráticas. Com isso, ela seria essencial, em última análise, para reforçar a doutrina da força normativa dos princípios constitucionais fundamentais.

É de se concluir, então, que quando a Constituição Brasileira de 1988 concedeu à dignidade da pessoa humana *status* de fundamento da República Federativa do Brasil, ela afastou a coisificação do ser humano, e impôs que todo o ordenamento jurídico fosse interpretado e aplicado a sob o prisma do princípio da dignidade.

No mais, considerando que o Brasil é uma democracia constitucional, há de se garantir que as diversas visões de mundo adotadas por seus cidadãos sejam respeitadas, sem que concepções majoritárias sobre questões essencialmente religiosas sejam impostas às minorias, sob pena de violação, como visto acima, da laicidade estatal e, também, da dignidade.

Estando o referido princípio intimamente relacionado ao respeito à autonomia, é de se concluir que ele não pode ser definido de maneira uníssona, mas, sim, analisado segundo a visão de cada um. Outrossim, há de se respeitar, para seu cumprimento, o pluralismo e a diversidade.

A escolha sobre a morte parece ser das mais íntimas e fundamentais que um indivíduo pode fazer, já que é a última decisão tomada pelo titular

---

<sup>64</sup> PIOVESAN, Flávia, *op. cit.*, 2012, p. 714-715.

daquela vida e que terá o condão de definir como sua existência se encerrará. Tirar dele o direito de escolher, nos parece, é das mais violentas formas de se ferir sua dignidade.

### **2.3 A disponibilidade do direito à vida**

Quando o assunto é eutanásia, a discussão que gira em torno do direito à vida é, antes de mais nada, aquela que diz respeito à existência, ou não, de um dever de viver. Ao prescrever que o direito à vida é inviolável, o artigo 5º, *caput* da Constituição Federal<sup>65</sup> nos informa que existe um *dever* constitucional de seguir vivendo, independentemente das circunstâncias ou da nossa vontade?

Não existe unanimidade na resposta a tal questionamento. Raquel Elias Ferreira Dodge<sup>66</sup>, por exemplo, entende que a indisponibilidade do corpo decorre do fato de que a vida é o bem jurídico mais valioso, “inalienável e intrasferível, que exige dever geral de abstenção, de não lesar e não perturbar, oponível a todos”, de tal modo que a disposição sobre tal direito é limitada, sendo vedado, portanto, o consentimento para encerrar a própria vida, ainda que ele não seja viciado por coação, fraude, dolo, ou simulação, e que o sujeito esteja esclarecido de todas as circunstâncias e fatos daquela situação jurídica. Assim, para a referida autora, o consentimento do sujeito para a eutanásia não retira a ilicitude do ato.

---

<sup>65</sup> “Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...]”.

<sup>66</sup> DODGE, Raquel Elias Ferreira. Eutanásia – Aspectos Jurídicos. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/299/438](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/299/438). Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

Marco Segre e Gabriela Guz<sup>67</sup>, por outro lado, oferecem uma resposta distinta para o questionamento, ao apontarem que a inviolabilidade do direito à vida assegurada pela Constituição diz respeito à proteção de um direito individual contra terceiros, e não a uma proibição de sua disponibilidade pela própria pessoa:

Disponibilidade, aqui, significa a possibilidade de se exercer um direito de forma ativa – o que não significa necessariamente renunciá-lo. Em outras palavras, é a disponibilidade que permite ao indivíduo dar a seus direitos a finalidade que melhor lhe convier, de acordo com as suas concepções pessoais. Logo, concomitantemente à noção de inviolabilidade por terceiros, o direito à vida traz consigo a ideia de disponibilidade pelo próprio titular do direito.

Para Dias<sup>68</sup>, em sentido similar, o direito à vida deve servir como uma proteção contra terceiros, ou seja, um dever que todos têm de não violar, de maneira arbitrária, a vida de outrem:

Com isso, pretende-se assentar a ideia de que a previsão constitucional acerca da “inviolabilidade” do direito à vida se destina a impedir que as pessoas tenham a sua vida ceifada arbitrariamente. Todavia, não significa que tal direito seja indisponível e que, portanto, as pessoas não possam escolher seus próprios caminhos no que diz respeito à própria vida e à própria morte. Tampouco é correto afirmar que o direito fundamental à vida é irrenunciável, sob pena de transformá-lo em verdadeiro dever de viver.

Em sentido semelhante, assim escreve Singer<sup>69</sup>:

---

<sup>67</sup> SEGRE, Marco; GUZ, Gabriela. Bioética e direito na terminalidade da vida. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v.13, n. 2, p. 121-126, 2005, p. 124.

<sup>68</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 122-125.

<sup>69</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 258. Sobre a renúncia a direitos fundamentais, cf. NOVAIS, Jorge Reis. *Direitos fundamentais: trunfos contra a maioria*. Coimbra: Coimbra Editora, 2006, p. 211-282.

[...] uma das características fundamentais de um direito é o fato de se poder abrir mão dos direitos sempre que se quiser. Posso ter direito à privacidade, mas, se quiser, posso instalar webcams em todos os cômodos de minha casa e deixá-las ligadas 24 horas por dia. Ninguém que assistisse às gravações no meu site estaria violando meu direito à privacidade, pois, nesse caso, abri mão dele. Da mesma maneira, dizer que tenho direito à vida não equivale a dizer que meu médico estaria cometendo um erro se, a meu pedido, acabasse com ela. Ao fazer o pedido, abro mão do meu direito à vida.

Celso Ribeiro Bastos<sup>70</sup>, em parecer realizado para a Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová, afirma, sobre a disponibilidade do direito à vida, que “dentro da questão do direito à vida e à livre disponibilidade”, a “legislação criminal pune aquele que pratica o homicídio, aquele que pratica o aborto e, por fim, aquele que auxilia na prática do suicídio. Nesta última hipótese, contudo, não há punição para o próprio autor da tentativa do suicídio”.

Para Bastos<sup>71</sup>, este fato revela que a Constituição assegura, tecnicamente, a inviolabilidade do direito à vida, tal qual o faz com outros direitos, como a liberdade, a intimidade, a vida privada, etc., sem que isso implique uma indisponibilidade:

[...] Por inviolabilidade deve compreender-se a proteção de certos valores constitucionais contra terceiros. Já a indisponibilidade alcança a própria pessoa envolvida, que se vê constrangida já que não se lhe reconhece qualquer discricionariedade em desprender-se de determinados direitos. No caso presente, não se fala em indisponibilidade, mas sim de inviolabilidade. O que a

---

<sup>70</sup> BASTOS, Celso Ribeiro. *Direito de recusa de pacientes submetidos a tratamento terapêutico às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas*. Parecer em resposta à consulta jurídica realizada pela Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová, 23 nov. 2000. Disponível em: [https://www.academia.edu/23683434/CELSO\\_RIBEIRO\\_BASTOS\\_Direito\\_de\\_recusa\\_de\\_pacientes\\_submetidos\\_a\\_tratamento\\_therap%C3%AAutico\\_%C3%A0s\\_transfus%C3%B5es\\_de\\_sangue\\_por\\_raz%C3%B5es\\_cient%C3%ADficas\\_e\\_convic%C3%A7%C3%B5es\\_religiosas](https://www.academia.edu/23683434/CELSO_RIBEIRO_BASTOS_Direito_de_recusa_de_pacientes_submetidos_a_tratamento_therap%C3%AAutico_%C3%A0s_transfus%C3%B5es_de_sangue_por_raz%C3%B5es_cient%C3%ADficas_e_convic%C3%A7%C3%B5es_religiosas). Acesso: 24 fev. 2021, p. 8-9.

<sup>71</sup> *Idem, ibidem*.

Constituição assegura, pois, é a “inviolabilidade do direito à vida” (art. 5º, caput).

De nossa parte, concordamos com a visão manifestada pelos últimos autores, e rejeitamos o posicionamento externado por Dodge. O direito à vida deve, sim, ser protegido contra terceiros, e cabe ao Estado atuar de modo a garantir que cada pessoa possa exercer o direito de viver da maneira mais digna possível. Todavia, não há que se falar em uma proteção do direito à vida contra o próprio indivíduo. Diversamente, cabe a cada um valorar a vida conforme sua própria noção de dignidade e, discricionariamente, optar sobre como deseja exercer o direito de viver.

Há que se destacar, de mais a mais, que a imposição de um conceito sobre o que deveria ser considerado viver dignamente fere, como visto acima, a pluralidade e a diversidade características de uma democracia saudável.

Nas palavras de Segre e Guz<sup>72</sup>:

[...] a própria noção de dignidade humana, princípio norteador de nosso ordenamento jurídico, está intrinsecamente ligada à noção de subjetividade e respeito à essência da pessoa humana. Logo, é igualmente inaceitável a ideia de um conceito preconcebido e imposto de ‘vida digna’, uma vez que o próprio conteúdo da dignidade humana representa um valor subjetivo, que depende da concepção que cada indivíduo tem sobre si mesmo e sobre a própria vida.

É dizer, o direito à vida deve ser analisado sob o prisma do princípio da dignidade da pessoa humana, que impõe o respeito às convicções pessoais de cada indivíduo sobre o que significa viver dignamente, sendo impossível limitar, de forma preconcebida e homogênea, o conceito de vida digna.

---

<sup>72</sup> SEGRE, Marco; GUZ, Gabriela, *op. cit.*, p. 124-125.

Para Dias e Gisela Barroso Istamati<sup>73</sup>, ademais, a imposição da concepção da religião majoritária a respeito do valor da vida seria, como visto anteriormente, uma violação à laicidade estatal:

Recorrer a argumentos religiosos para sustentar a preservação da vida é, constitucionalmente, antidemocrático, na medida em que pertencemos a um Estado laico. O argumento da sacralidade da vida e sua preservação a qualquer custo – inclusive transformando o direito à vida num dever de viver – pode ser relevante para que os seguidores de uma determinada religião possam agir conforme os dogmas religiosos em que acreditam. E seria legítimo que as autoridades religiosas impusessem sanções aos fiéis que desrespeitassem tais dogmas. Mas jamais tais argumentos poderiam ser usados para que um Estado laico impusesse sanções aos cidadãos. Admitir isso seria exigir, por meio de regras estatais, uma moral única, rejeitando o pluralismo inerente a um Estado laico.

É importante que se mencione, ainda, a discussão sobre se a vida seria um direito absoluto, ou um valor *prima facie*. Neste ponto não há, tampouco, unanimidade.

Antonio Junqueira de Azevedo<sup>74</sup> sustenta, por exemplo, que a vida, como pressuposto do princípio da dignidade, possui um valor absoluto:

A vida genericamente considerada consubstancia o valor de tudo que existe na natureza. Esse valor existe por si; ele independe do homem. [...] O princípio jurídico da dignidade, como fundamento da República, exige como pressuposto a intangibilidade da vida humana. Sem vida, não há pessoa, e sem pessoa, não há dignidade. O pressuposto de um princípio não é uma consequência do princípio; sua exigência é radical. [...] O princípio da

---

<sup>73</sup> DIAS, Roberto; ISTAMATI, Gisela Barroso. Eutanásia, células-tronco e feto anencéfalo: os debates nas audiências públicas e os argumentos para a discussão da eutanásia. *Revista da Ajuris*, Rio Grande do Sul, Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul, v. 42, n. 138, p. 109-129, 2015, p. 120.

<sup>74</sup> AZEVEDO, Antonio Junqueira de. Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana. *Revista da Faculdade de Direito*, São Paulo, Universidade de São Paulo, v. 97, p. 107-125, 1 jan. 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67536/70146>. Acesso: 23 fev. 2021.

intangibilidade da vida humana, portanto, não admite exceção; é absoluto e está, de resto, confirmado pelo caput do art. 5º, da Constituição da República.

Para este autor, o suicídio e a eutanásia devem ser totalmente rechaçados, e o médico que as pratique estará, implicitamente, admitindo que a vida não possui um valor intrínseco:

O próprio suicídio fere o princípio da intangibilidade da vida humana, porque não há, quanto à vida, jus in se ipsum – na qualificação lícito/ilícito, é ato ilícito, ainda que sem sanção. Toda vida individual se insere no fluxo vital coletivo, de tal forma que o titular não é o soberano absoluto de sua vida; a vida de cada um é um valor que, mediamente, a todos interessa.<sup>75</sup>

Contudo, por tudo que já expusemos, não nos parece razoável, como propõe Azevedo, sustentar que a vida seja um bem de importância absoluta, não sujeito à mitigação por outros princípios e, muito menos, que a vida de cada um diga respeito ao restante da sociedade.

Como visto anteriormente<sup>76</sup>, o conceito de “princípio” por nós adotado é aquele sugerido por Robert Alexy<sup>77</sup>. Para este autor, a distinção entre princípios e regras é indispensável à teoria dos direitos fundamentais, já que funciona como “uma chave para a solução de problemas centrais da dogmática dos direitos fundamentais”, sem a qual “não pode haver nem uma doutrina satisfatória sobre colisões, nem uma teoria suficiente sobre o papel dos direitos fundamentais no sistema jurídico”.

Alexy<sup>78</sup> entende que os princípios são mandamentos de otimização, ou seja, “normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida

---

<sup>75</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>76</sup> Cf. nota de rodapé 92.

<sup>77</sup> ALEXY, Robert, *op. cit.*, p. 85-94.

<sup>78</sup> *Idem, ibidem.*

possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes”, podendo “ser satisfeitos em graus variados”.

Assim, para o autor, na hipótese de colisão entre dois princípios em uma determinada situação, um terá precedência em face do outro, mas, sob outras condições, o inverso poderá ocorrer. Dessa forma, os princípios terão pesos diferentes a depender do conflito que se apresente no caso concreto, sendo incabível falar em um princípio com valor absoluto, não importa quão relevante ele seja. Nas palavras de Beauchamp e Childress<sup>79</sup>:

Todas as normas morais podem ser justificadamente sobrepostas em determinadas circunstâncias. Por exemplo, podemos mentir para garantir que uma pessoa não mate outra [...]. Princípios, deveres e direitos não são absolutos ou incondicionais apenas por serem universais.

Mais especificamente com relação ao direito à vida, Calsamiglia<sup>80</sup> destaca que sua relativização fica clara quando da análise de casos em que o próprio ordenamento jurídico relaxa sua proteção, como na legítima defesa, no estado de necessidade, na hipótese de guerra, no caso da pena de morte, etc.

No mesmo sentido, Möller<sup>81</sup> sustenta que o direito à vida não é o único ou o mais importante direito previsto na Constituição brasileira, senão “um dos fins protegidos como direitos fundamentais, ao lado, por exemplo, da liberdade”.

Podemos constatar que, uma vez que o artigo 5º da Constituição Federal fala em “inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à

---

<sup>79</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F., *op. cit.*, 2001, p. 5, tradução nossa. No original: “All moral norms can be justifiably overridden in some circumstances. For example, we might not tell the truth in order to prevent someone from killing another person [...]. Principles, duties, and rights are not absolute or unconditional merely because they are universal.”

<sup>80</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 341-342.

<sup>81</sup> MÖLLER, Leticia Ludwig, *op. cit.*, p. 145.

segurança e à propriedade” e, no problema da eutanásia, é em prol da liberdade de se autodeterminar que o direito de dispor sobre a própria vida deve ser assegurado, se entendermos que esses direitos – a vida e a liberdade – são, efetivamente, absolutos e indisponíveis, não será possível que eles convivam no ordenamento jurídico pátrio.

Não se trata de diminuir a importância do direito à vida. Diversamente, trata-se de aceitar sua relativização frente a outros princípios cuja proteção é tão importante quanto. Há de se compreender que viver não é um dever, mas um direito, e que cada pessoa, com seus próprios valores e crenças, deverá exercê-lo, de maneira ativa, como melhor entender, de acordo com sua própria concepção de dignidade. Sem que o direito à autonomia possa ser exercido, mesmo que exista vida, não haverá dignidade.

#### **2.4 A autonomia no direito à morte digna**

Reiterando o alerta feito anteriormente, não temos, aqui, a pretensão de esgotar as facetas todas do direito à autonomia, que pode ser analisado sob prismas e perspectivas dos mais diversos, de modo que nos ateremos ao que interessa, propriamente, à discussão do direito à morte digna.

Beauchamp e Childress<sup>82</sup>, sobre a autonomia, sustentam que ela traz em si a ideia de autogovernança, uma vez que *autos*, do grego, significa “si mesmo” e, *nomos*, “lei”, de maneira que aquele que tem autonomia governa a si mesmo. A primeira utilização da expressão era destinada às cidades-estados helênicas e, desde que foi estendida para indivíduos, muitas divergências surgiram com relação ao seu significado. Não obstante, o consenso entre todas as teorias de autonomia é que é necessário, para que ela esteja presente: (1) a liberdade; (2) a capacidade.<sup>83</sup>

---

<sup>82</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 4. ed. Nova York: Oxford University Press, 1994, p. 120.

<sup>83</sup> *Idem, ibidem*, p. 121.

Retomemos, aqui, o que Kant<sup>84</sup> escreveu sobre a dignidade: sem autonomia, ou seja, sem o direito de escolher sobre o próprio destino, o indivíduo será coisificado, ou seja, tratado como um meio, não um fim, e sua dignidade será violada.

A visão kantiana sobre a autonomia, como nos lembram Beauchamp e Childress<sup>85</sup>, é basilar na filosofia contemporânea, tal qual a de John Stuart Mill<sup>86</sup>, para quem "[...] o único fim pelo qual a humanidade está autorizada, individual ou coletivamente, a interferir na liberdade de ação de qualquer um de seus integrantes é a autodefesa", ou seja, para evitar que sejam causados danos a terceiros.

Nesse sentido, como ensinam Beauchamp e Childress<sup>87</sup>, a autonomia é um valor *prima facie*, de modo que, diante de certos princípios, ela pode ter que ceder, a depender do caso concreto. Por exemplo, quando se esteja diante de um risco para a saúde pública, quando haja o risco de serem causados danos a terceiros inocentes, etc. Contudo, a justificativa para a autonomia ser afastada deve ter por base um princípio moral capaz de, a ela, se sobrepor.

Para Mill<sup>88</sup>, ademais, o próprio bem daquele que está a escolher – seja ele físico ou mental – não é justificativa suficiente para uma eventual intervenção por parte do Estado:

O indivíduo não pode ser legitimamente obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa porque assim seria melhor para ele, porque o faria mais feliz, porque fazer tal coisa seria, na opinião dos outros, sensato ou mesmo correto.

---

<sup>84</sup> KANT, Immanuel, *op. cit.*, p. 134-136 e 140-141.

<sup>85</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F., *op. cit.*, 1994, p. 125.

<sup>86</sup> MILL, John Stuart. *Sobre a liberdade*. Trad. Denise Bottmann. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2018, p. 22-23.

<sup>87</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F., *op. cit.*, 1994, p. 126

<sup>88</sup> MILL, John Stuart, *op. cit.*, p. 22-23.

Essas são boas razões para admoestá-lo, para argumentar com ele, para persuadi-lo, para pedir-lhe, mas não para obrigá-lo nem para lhe infligir qualquer mal caso aja de outra maneira.

O princípio acima descrito serviria, para Mill<sup>89</sup>, como uma fórmula habilitada a reger as relações da sociedade com o indivíduo, solucionando a questão sobre como se limitar “a legítima interferência da opinião coletiva na independência individual”, de modo a se proteger os cidadãos, de um lado, da “tirania da maioria” e, de outro, do despotismo político. Nesse sentido, o autor sustenta que a dificuldade de estabelecer tais limites reside no seguinte:

Não existem dois períodos da história e dificilmente existem dois países que tenham decidido da mesma maneira; e a decisão de um período de um país causa espanto ao outro. Apesar disso, as pessoas de qualquer período ou país não veem aí qualquer dificuldade especial, como se fosse um tema sobre o qual a humanidade sempre esteve de acordo. As regras que adotam entre si parecem-lhes evidentes e justificáveis por si sós. Essa ilusão praticamente universal é um dos exemplos da influência mágica do costume [...].

A solução passa a ser, como visto, a defesa da liberdade nos termos acima descritos, ou seja: desde que não estejam sendo causados danos a terceiros e o indivíduo esteja na maturidade de suas faculdades mentais, não há que se lhe imponha a visão adotada pelos outros.

No problema da eutanásia, é muito comum que as pessoas argumentem que a pessoa que deseja morrer não sabe o que é melhor para ela e que, seguramente, se for impedida de fazê-lo, futuramente agradecerá por ter sido “protegida” de suas próprias vontades passageiras.

---

<sup>89</sup> *Idem, ibidem*, p. 15-17.

Entretanto, como visto, isso não é motivo suficiente para coagir nenhum indivíduo capaz a fazer ou a deixar de fazer algo. Entender de modo diverso, buscando protegê-lo de si mesmo, seria atuar de forma paternalista.<sup>90</sup>

E qual o grande problema de buscar proteger alguém de seus próprios desígnios?

Segundo Isaiah Berlin<sup>91</sup>, tratar alguém de maneira paternalista significa negar sua liberdade, transformando-se o sujeito em um objeto a ser moldado de modo “benevolente” e violando-se, com isso, sua dignidade, nos termos propostos por Kant.

Nas palavras de Barroso e Martel<sup>92</sup>:

A dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar, a *capacidade de autodeterminação*, o direito de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente a própria personalidade. Significa o poder de realizar as escolhas morais relevantes, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas. Por trás da ideia de autonomia está um sujeito moral capaz de se autodeterminar, traçar planos de vida e realizá-los.

Em sentido semelhante, Dias e Santos<sup>93</sup> entendem ser necessário que as pessoas sejam reconhecidas como seres morais, capazes de escolher e de se responsabilizar por seus atos, afastando-se, desde logo, quaisquer políticas moralistas, unitárias e fundamentalistas impostas por um Estado paternalista que viole a autonomia de decisão de cada um.

---

<sup>90</sup> Cf. DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 271-272.

<sup>91</sup> BERLIN, Isaiah. *Five Essays on Liberty*. In: BERLIN, Isaiah, *Liberty*. Reino Unido: Oxford University Press, 2002, p. 3-279, p. 168.

<sup>92</sup> BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho, *op. cit.*, p. 84.

<sup>93</sup> DIAS, Roberto; SANTOS, Fernanda Freire dos. El derecho a la muerte digna: en defensa del suicidio asistido y de la limitación del esfuerzo terapéutico. *Biola Journal - Rivista di Biodiritto*, Trento, Università di Trento, v. 3, p. 123-139, 2016. Disponível em: <http://www.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biolaw&page=article&op=view&path%5B%5D=185&path%5B%5D=162>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 139.

Assim, mesmo quando existam riscos envolvidos ou a decisão tomada não seja considerada, por terceiros, como prudente ou recomendável, há de se permitir que o indivíduo decida da maneira como preferir, assumindo a responsabilidade por suas escolhas.

Ensina Calsamiglia<sup>94</sup> que o ser humano valoriza “não apenas a vida em seu sentido biológico, mas também o que se faz com ela”. Falar no valor da vida não é falar apenas de um fato biológico natural, mas de algo que depende da vontade de cada um, de como cada um se comporta, dos objetivos que almeja. É isso que dá sentido à vida, de modo que é a autonomia que deve prevalecer na questão da eutanásia.

É por esse motivo que os defensores desta prática argumentam que, se é a autonomia que confere valor à vida, caso esta seja negada em prol de um dever de viver, os atos humanos carecerão de valor. Para o autor, então, se um direito não respeitar a autonomia, ele não será, propriamente, um direito.<sup>95</sup>

Dworkin<sup>96</sup> sustenta, por sua vez, que “ninguém concede importância intrínseca e objetiva à própria vida a menos que insista em conduzi-la sem intermediação alguma”, não aceitando ser conduzido pelos outros, “por mais que os ame ou respeite”. Para o autor, é comum que as pessoas sintam que sua própria dignidade é posta em jogo quando terceiros tomam decisões que elas considerem imorais ou equivocadas, mas, na verdade:

[...] uma verdadeira apreciação da dignidade argumenta decisivamente na direção oposta – em favor da liberdade individual, não da coerção; em favor de um sistema jurídico e de uma atitude que incentive cada um de nós a tomar decisões individuais sobre a própria morte. [...] Mesmo as pessoas que querem

---

<sup>94</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 337. Tradução nossa. O original está assim redigido: “Valoramos no sólo la vida biológica, sino también qué es lo que hacemos con nuestra vida”.

<sup>95</sup> *Idem, ibidem*, p. 339.

<sup>96</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 342.

impor suas convicções a todos por meio do direito criminal, quando elas e seus colegas, que pensam do mesmo modo, são politicamente poderosos, ficariam horrorizadas, talvez a ponto de deflagrar uma revolução, se ocorresse uma inversão de sua sorte política e se vissem diante da perda da liberdade que agora pretendem negar aos demais.

O autor revela que existe um critério comprobatório da autonomia, segundo o qual as decisões que as pessoas tomam por si próprias devem ser respeitadas porque, pelo menos na maior parte dos casos, “cada um sabe, melhor que ninguém, o que faz parte de seus interesses fundamentais”. Dworkin<sup>97</sup>, entretanto, prefere adotar uma concepção da autonomia baseada na integridade, segundo a qual é pelas escolhas individuais que a pessoa expressa seu caráter, seus valores e suas convicções, construindo sua personalidade:

O reconhecimento de um direito individual de autonomia torna possível a autocriação. Permite que cada um de nós seja responsável pela configuração de nossas vidas de acordo com nossa própria personalidade – coerente ou não, mas de qualquer modo distintiva. Permite que cada um conduza a própria vida, em vez de se deixar conduzir ao longo desta, de modo que cada qual possa ser, na medida em que um esquema de direitos possa tornar isso possível, aquilo que fez de si próprio. Permitimos que um indivíduo prefira a morte a uma amputação radical ou a uma transfusão de sangue, desde que tenha havido uma informação prévia de tal desejo, porque reconhecemos o direito que ele tem de estruturar sua vida de conformidade com seus próprios valores.

Tal qual Calsamiglia, Dworkin<sup>98</sup> entende que a morte – ou melhor, a maneira como se morre – é um fator extremamente relevante para que a vida ganhe sentido. Morrer, para este autor, não seria apenas o começo do nada, mas, antes, o fim de tudo, e o modo como se pensa e como se fala

---

<sup>97</sup> *Idem, ibidem*, p. 317-319.

<sup>98</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 280.

sobre a morte, dando-se ênfase à necessidade de se “morrer com dignidade”, revela a importância que a vida termine de forma a refletir como cada um desejaria ter vivido.

Trata-se, para Sá e Moureira<sup>99</sup>, de escolher como se dará o “ato final” da vida; o que acontecerá antes que se fechem as cortinas. A escolha sobre a maneira e o momento de se pôr fim à vida é, assim, parte do processo de realização da individualidade de cada um, da busca pela “vida-bom” e da construção da própria personalidade, até o último momento.

Como apontado por Dworkin<sup>100</sup>, a escolha entre viver e morrer é extremamente pessoal e individual. Existem pessoas que vão preferir, mesmo sofrendo terrivelmente ou estando totalmente incapacitadas, seguir vivendo, pois sentem que ainda têm algo para terminar, ou enxergam na manutenção da vida alguma espécie de conquista. Outras pessoas, nas mesmas circunstâncias, vão preferir a morte, porque não suportam, por exemplo, saber que o futuro só lhes guarda mais sofrimentos e tratamentos dolorosos, ou porque não aguentam a ideia de representarem um peso para as pessoas das quais, invariavelmente, passarão a depender, ou mesmo porque não querem ser lembradas em condições que entendem, elas mesmas, como degradantes.

Tais decisões são igualmente possíveis e devem ser respeitadas. A dignidade terá um sentido diferente para cada pessoa, e somente o paciente poderá determinar se ele quer seguir com determinado tratamento, por entender que seu sofrimento é algo que ele pode suportar sem que isso viole o que *ele* entende por dignidade, ou se o melhor, naquele momento, é acelerar o processo que conduzirá ao término de sua vida.

---

<sup>99</sup> Sá, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 201.

<sup>100</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 296-297.

Para Dworkin<sup>101</sup>, um governo que negue ao indivíduo o direito de decidir conforme sua consciência é um governo totalitário, ainda que permita aos seus súditos que estes tomem decisões menos relevantes. Assim, é em nome da dignidade que a democracia é exigida, e se a Constituição permitir que grupos majoritários neguem a liberdade de consciência a grupos minoritários, esta Constituição será inimiga da democracia, e não sua garantidora.

Retomando Mill<sup>102</sup>:

Nenhuma sociedade onde tais liberdades não sejam respeitadas como um todo é livre, qualquer que possa ser sua forma de governo; [...] A única liberdade que merece esse nome é a de buscarmos nosso próprio bem à nossa maneira, desde que não tentemos privar os outros de seu bem nem tolhamos seus esforços de obtê-lo. Cada um é guardião de sua própria saúde, seja física ou mental e espiritual. A humanidade ganha mais aceitando que cada um viva como bem lhe parecer do que obrigando-o a viver como bem parecer aos outros.

É de se concluir que, em uma democracia moderna, em que a sociedade é plural e diversa, não é aceitável que uma maioria decida, de maneira coletiva, o que será melhor para cada indivíduo, pois cada um deverá ser livre para viver de acordo com seus próprios interesses fundamentais.<sup>103</sup>

É claro que existem, sim, decisões que o Estado pode tomar pelo indivíduo de modo legítimo, em prol de interesses e direitos de terceiros, ou da comunidade como um todo. Mas decisões de cunho existencial sobre assuntos personalíssimos, como a religião e o casamento, por exemplo, e

---

<sup>101</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 319-320.

<sup>102</sup> MILL, John Stuart, *op. cit.*, p. 27.

<sup>103</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 28.

que não firam direitos de terceiros, estas devem, invariavelmente, e sob pena de violação da dignidade, pertencer ao indivíduo.<sup>104</sup>

Neste ponto de nossa reflexão, já podemos concluir que o direito à autonomia para morrer é basilar para que se garanta a dignidade da pessoa humana, não podendo ser suprimido pela opinião de terceiros, apenas porque estes acreditam saber melhor do que a própria pessoa como ela deve conduzir sua vida.

Devemos ser livres para fazermos nossas escolhas, desde que, com elas, não violemos os direitos de outrem. Somos livres, ainda, para atribuirmos o sentido e o valor que preferirmos à vida, devendo o Estado proteger-nos de terceiros, mas não de nós mesmos, desde que sejamos dotados de capacidade de autodeterminação. Entender de outro modo seria tirar do ser humano sua liberdade e aprisioná-lo nos moralismos impostos pelo convívio social, em lugar de permitir que ele aja de acordo com seus desígnios internos, sendo fiel a si próprio e dando à sua vida um especial significado e valor.

É claro que o Estado pode atuar ativamente para que encaremos com seriedade a escolha entre viver e morrer, e para garantir que nossa escolha seja, efetivamente, dotada de autonomia. Se formos pressionados por fatores externos, se possuírmos alguma condição que nos retire nossa capacidade de autodeterminação ou se formos, ainda, muito jovens para entender o que significa optar por um ou outro caminho, não será possível dizer que nossa escolha é, realmente, livre.

De todo modo, essa tutela estatal deve se dar com toda a cautela, para que não se confunda uma decisão que, para o indivíduo, faz sentido, com algo irracional, apenas porque, segundo o ponto de vista de terceiros, tal opção não é prudente. O Estado pode criar critérios – e muitas vezes o faz,

---

<sup>104</sup> BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho, *op. cit.*, p. 84.

como veremos no próximo capítulo – para garantir que, além de sermos capazes, tenhamos em mãos todas as informações necessárias para a tomada de uma decisão crucial, como aquela sobre a vida e a morte. Contudo, tais critérios não podem ser tão rígidos que acabem por apresentar, na prática, obstáculos intransponíveis para o exercício do nosso direito discricionário e autônomo à vida, segundo nossa própria noção de dignidade.

## **Aspectos jurídicos da morte digna**

Tendo em mãos os conceitos relacionados à morte digna delineados no primeiro capítulo, e considerando os direitos fundamentais em jogo quando do debate sobre a eutanásia, passaremos a analisar, neste momento, como o ordenamento jurídico pátrio trata dos direitos relacionados a esse tema.

Após trabalharmos com o cenário brasileiro, faremos, no segundo subcapítulo, uma análise do direito comparado. Com isso, será possível verificar as diferentes maneiras de se justificar a eutanásia e o suicídio assistido, e as diversas decisões políticas possíveis quando se trata de sua regulamentação.

### **3.1 No Brasil**

#### **3.1.1 O consentimento informado e o direito à informação**

Quando se fala em consentimento informado, há de se questionar, inicialmente, qual a finalidade de o paciente formalizar seu aceite ou recusa do tratamento.

Seria essa uma maneira de proteger a autonomia do enfermo, para garantir que a equipe de saúde atue dentro dos limites por ele elegidos, ou, tão somente, uma forma de proteção dos hospitais e dos médicos contra eventuais ações judiciais?

Acreditamos que o consentimento informado prestado pelo paciente deve ter em vista os dois objetivos: proteger o profissional de saúde, e proteger o próprio enfermo, já que, na relação médico-paciente, ambos se encontram, de algum modo, vulneráveis.

Nesse sentido, com relação ao médico, na medida em que o paciente é informado de todos os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis a ele e opta, de maneira responsável e autônoma, por qual prefere que seja adotado, quaisquer resultados indesejados que venham a ocorrer deixam de ficar a cargo, tão somente, da equipe de saúde e do hospital, já que o enfermo sabia que aquele risco existia, mas ainda assim optou, conscientemente, por seguir com aquele curso de tratamento.

A doutrina do consentimento informado, de acordo com André Gonçalo Dias Pereira<sup>1</sup>, foi desenvolvida ao longo dos últimos 100 anos, e está relacionada com a superação do paternalismo clínico de Hipócrates pela noção de autonomia do paciente, que teria direito à autodeterminação no âmbito da saúde. Trata-se de uma mudança, portanto, no modo de se relacionar entre o médico e o paciente, que deixa de ser excessivamente vertical.

Entretanto, para o autor, foi nos últimos 50 anos que o dever de esclarecimento do médico ganhou relevância, em termos jurídicos, no âmbito internacional, com a utilização da expressão “informed consent” pelos tribunais norte-americanos, explicitando o dever de informação do médico para com o paciente, especialmente com relação aos riscos do tratamento a ser aplicado. Em seguida, este entendimento, que tinha por base o valor ético da autonomia do paciente, alcançou os ordenamentos jurídicos anglo-saxônicos e a Europa continental.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias. *O consentimento informado na experiência europeia*. I Congresso Internacional sobre: “Os desafios do Direito face às novas tecnologias”. Ribeirão Preto, 2010, p. 2-3.

<sup>2</sup> *Idem, ibidem*, p. 2-3.

Passou a existir, com isso, um dever de informação do médico e um direito à informação do paciente, responsáveis por transferir os riscos da atividade médica, até então suportados pelas equipes de saúde, para os pacientes, que deverão decidir sobre o próprio corpo, podendo dar, ou não, seu consentimento, desde que devidamente informados:

A medicina é uma actividade de risco. O dano iatrogénico sucede com frequência e este é independente de negligência do médico ou da instituição hospitalar. Por outro lado, afirmado que está o primado da dignidade humana, a impor um princípio da autodeterminação e do respeito pela integridade física e moral do paciente, só o consentimento devidamente esclarecido permite transferir para o paciente os referidos riscos que de outro modo deverão ser suportados pelo médico. Só a pessoa pode decidir o que é melhor para si, para a sua saúde e para o seu corpo.<sup>3</sup>

Fica claro, então, que a doutrina do consentimento informado surge para proteger as equipes de saúde e os hospitais, na medida em que a responsabilidade pela escolha do tratamento a ser seguido passa a ser do paciente e não do médico e, com relação ao enfermo, ele deixa de ser, pelo menos em tese, um sujeito passivo, que simplesmente recebe quaisquer tratamentos a ele impostos, assumindo uma postura ativa com relação à sua saúde.

Na prática, entretanto, a cultura do paternalismo médico ainda se faz muito presente no dia a dia dos hospitais.

Essa situação é posta em evidência por Diniz<sup>4</sup> no documentário “Solitário Anônimo”. Desde o momento em que o enfermo retratado, um idoso, é colocado em uma ambulância e carregado pelos corredores do hospital, sua autonomia parece totalmente perdida. Contra sua vontade

---

<sup>3</sup> *Idem, ibidem*, p. 8-9.

<sup>4</sup> *SOLITÁRIO ANÔNIMO*. Direção: Débora Diniz. Produção: ImagensLivres. Formato: Vídeo (18 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uTZEDTx8noU>. Acesso: 24 fev. 2021.

expressa, a enfermeira, que fala com o paciente como se ele fosse uma criança, tenta inserir uma sonda de alimentação artificial pelo seu nariz, ao que ele reclama de dor e diz: “eu não quero isso!”. Ele pede para ser deixado em paz, para morrer em paz, mas a equipe de saúde ignora seu suplício, e força, novamente, a entrada da sonda. Ele reclama: “que violência...”.

Kübler-Ross<sup>5</sup> destaca que, quando um paciente se encontra gravemente doente, ele geralmente é tratado como alguém sem direito de opinião: “Custaria tão pouco lembrar-se de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido...”.

Frente ao médico, que ocupa a figura de um cientista especialista que, pelo menos em tese, tem profundo conhecimento técnico sobre os tratamentos a serem utilizados em cada doença, o paciente fica refém, sem ter as ferramentas necessárias para avaliar se o profissional que se coloca diante dele sabe, realmente, o que está dizendo, e se ele entende o custo que determinado tratamento terá para o enfermo. Mesmo quando se esteja diante de um médico de técnica impecável, é possível que este profissional entenda que optar por um caminho, apesar de apresentar riscos, terá a maior probabilidade de trazer benefícios, mas o paciente sinta que, se estes riscos vierem a se concretizar, não estará disposto a viver com os danos causados. Quem terá que suportar as consequências da decisão será, ao final, o paciente, então só deveria ser dele o poder de escolha.

Mas, é claro, o paciente só poderá escolher livremente sobre o curso a ser tomado se for devidamente informado de todo seu quadro de saúde, de todos os tratamentos disponíveis, e de todos os riscos e benefícios que possam se apresentar.

---

<sup>5</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *op. cit.*, p. 12.

O profissional de saúde, como conhecedor das ciências médicas, deverá traduzir, para o enfermo, leigo, todas essas informações, de maneira que este possa, realmente, compreendê-las, algo que não necessariamente acontece na prática, já que é frequente a entrega de formulários incompreensíveis aos pacientes, para que os assinem com a finalidade exclusiva de isentar os médicos e hospitais de eventual responsabilização.

Fica clara, então, a relevância do direito à informação: para que o consentimento do paciente seja legítimo, ele deve estar ciente de todas as opções de tratamento, dos riscos e benefícios de cada curso a ser tomado – inclusive com relação aos aspectos financeiros de um outro tratamento – e, só então, sua escolha poderá ser realmente livre.

O fundamento jurídico do direito à informação – e, em contrapartida, do dever de informar – pode ser encontrado nos artigos 1º, incisos II e III, e 5º, *caput*, da Constituição Federal Brasileira (que tratam, respectivamente, da cidadania, da dignidade e da liberdade) e, de modo específico, no artigo 5º, inciso XIV, “que assegura a todos o acesso à informação”.<sup>6</sup>

O Código de Ética Médica<sup>7</sup>, ademais, determina que o profissional de saúde deve prestar todas as informações ao enfermo, para que ele possa decidir livremente sobre sua saúde, consentindo, ou não, com os procedimentos propostos<sup>8</sup>. Nesse sentido, assim dispõem os artigos 22, 24, 31 e 34:

---

<sup>6</sup> Dias destaca que, apesar de este dispositivo estar voltado ao acesso coletivo à informação, isso não significa que ele não se refira, também, “ao direito de cada pessoa ser informada acerca das questões que lhe digam respeito ou que sejam de seu interesse” e, ainda que ele se dirija aos órgãos públicos, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, nos termos do artigo 199, *caput*, da Constituição Federal, e as instituições privadas participam do Sistema Único de Saúde, devendo respeitar as diretrizes por ele impostas, nos termos do §1º do mesmo artigo (DIAS, Roberto. A dignidade da pessoa humana e o testamento vital no ordenamento constitucional brasileiro. In: BERTOLDI, Márcia Rodrigues; OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de (Org.). *Direitos fundamentais em construção: estudos em homenagem ao Ministro Carlos Ayres Britto*. Belo Horizonte: Fórum, 2010, v. 1, p. 99-120, p. 113).

<sup>7</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>8</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 176-177.

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

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

Segundo Dias<sup>9</sup>, por meio da análise destes dispositivos, fica claro que “o Código de Ética Médica obriga o profissional de saúde a prestar todas as informações ao paciente acerca do diagnóstico, do prognóstico, dos riscos e objetivos do tratamento”, exceto quando a informação possa lhe causar dano (o que não significa que o profissional de saúde pode deixar de dar a informação pelo simples receio de que o paciente recuse o tratamento), ou na hipótese de “iminente risco de morte”, expressão que, para o autor, deve ser interpretada como “caso de urgência ou emergência, em que não houve tempo hábil e, portanto, não foi possível prestar ao paciente as informações e receber dele o consentimento ou a recusa do tratamento”.

Como alertam Beauchamp e Childress<sup>10</sup>, os princípios de ética médica do respeito à autonomia e da justiça ganharam, ao longo da história, menor importância do que a não maleficência (não infligir o mal ou causar

---

<sup>9</sup> *Idem, ibidem*, p. 177-178.

<sup>10</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F., *op. cit.*, 2001, p. 12.

danos<sup>11</sup>) e a beneficência (prevenir ou remover o mal ou o dano, e promover o bem<sup>12</sup>). Não obstante, não se admite, na atualidade, que o médico se utilize destes últimos princípios como argumento para tomar qualquer decisão sem o consentimento do paciente, e nem que se parta do pressuposto de que o melhor será, sempre, salvar a vida, ainda que contra a vontade de seu titular:

[...] os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência devem levar em conta não a vontade do Estado ou do profissional da saúde, mas do próprio titular do direito à vida. Com isso, afasta-se uma possível invocação de violação ao juramento de Hipócrates, que diz: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou matar alguém”.<sup>13</sup>

Sendo o direito à informação fundamental para que a decisão do paciente seja dotada, efetivamente, de autonomia, é essencial que sua prestação se dê de maneira apropriada. A entrega de um formulário cheio de termos técnicos em que o paciente deva indicar, sem as necessárias explicações, os tratamentos que pretende aceitar ou recusar, em uma tentativa de se isentar as responsabilidades do médico e do hospital, não pode ser entendida como consentimento.

Com relação ao conteúdo da informação prestada, Pereira<sup>14</sup> entende que devem ser abordados os seguintes aspectos, *in verbis*:

- O diagnóstico e o estado de saúde do paciente;
- Meios e fins do tratamento;
- Prognóstico;

---

<sup>11</sup> BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F., *op. cit.*, 1994, p. 192.

<sup>12</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>13</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2010, p. 112 e 117.

<sup>14</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias, *op. cit.*, 2010, p. 10.

- A natureza do tratamento proposto;
- Consequências secundárias do tratamento proposto;
- Riscos e benefícios do tratamento proposto, em especial dos riscos frequentes e dos riscos graves;
- As alternativas ao tratamento, bem como os riscos e consequências secundárias de tratamento alternativo;
- Riscos e consequências secundárias da recusa de tratamento;
- Aspectos econômicos do tratamento.

Sobre o tema, há de se destacar, ainda, a lei 10.241, promulgada no Estado de São Paulo em 1999<sup>15</sup>, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no referido estado. Em seu artigo 2º, inciso VI, está previsto, expressamente, o direito de todo paciente de ter acesso às seguintes informações:

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: [...] VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) exames solicitados; d) ações terapêuticas; e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; f) duração prevista do tratamento proposto; g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; h) exames e condutas a que será submetido; i) a finalidade dos materiais coletados para exame; j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e l) o que julgar necessário.

Um último ponto a ser abordado diz respeito ao consentimento informado de menores de idade. Quando não esteja presente a autonomia

---

<sup>15</sup> SÃO PAULO (estado). *Lei n. 10.241 de 17 de março de 1999*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

do paciente, é cabível a substituição de sua vontade pela de seus representantes legais?

Em algumas situações mais simples, em que a decisão a ser tomada não apresente tanto impacto nos resultados almejados, não haverá grandes polêmicas. Por vezes, tratar-se-á de decidir entre um tratamento e outro, sendo que ambos poderão trazer benefícios ou malefícios semelhantes. Em outros casos, a criança, os pais e o médico estarão de acordo com relação ao caminho a ser tomado e, tampouco, haverá conflito.

O problema surge, por exemplo, quando a recusa de tratamento pelos pais implique, quase certamente, a morte do paciente (é o caso das Testemunhas de Jeová, que proíbem os filhos de receberem transfusões de sangue, mesmo quando essenciais para a manutenção da vida, situação que será vista com mais detalhe quando da análise do caso concreto da adolescente Juliana, no Capítulo 4); ou quando os genitores insistam no tratamento da criança mesmo sem que haja esperanças realistas de cura, e os médicos entendam que é melhor desistir da aplicação de cuidados extraordinários, oferecendo apenas cuidados paliativos (como aconteceu com o bebê Charlie Gard, cujo caso será visto, também, no Capítulo 4). Como enfrentar, juridicamente, tais situações?

Para a solução de casos mais difíceis, será necessário analisar a situação concreta, mas existem alguns parâmetros na legislação pátria que deverão, neste ponto, ser analisados.

Via de regra, para Constantino e Hirschheimer<sup>16</sup>, a decisão caberá – nos termos do artigo 31 do Código de Ética Médica supracitado e do artigo

---

<sup>16</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, *op. cit.*, p. 87.

21<sup>17</sup> do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>18</sup> – aos pais, por serem eles os responsáveis legais de seus filhos. Estes últimos deverão, também, ser ouvidos, quando se verifique, por uma equipe multidisciplinar, que eles possuem capacidade de discernimento para compreender o que significa, efetivamente, aceitar ou recusar determinado tratamento, respeitando-se seu direito à confidencialidade e à autonomia, nos termos dos artigos 15<sup>19</sup> e 16<sup>20</sup> do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Este direito à autonomia será relativizado quando se trate de situação de risco, mas, especialmente quando os benefícios almejados pelo tratamento em questão não sejam prováveis, a recusa por parte da criança deverá ser considerada. Segundo ensinam os autores:

A capacidade de compreender a consequência dos próprios atos resulta de um processo que normalmente inicia-se aos seis anos e vai amadurecendo até o final da adolescência. Dessa forma, o jovem tem direito a fazer opções sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, embora, em situações entendidas como de risco e frente à realização de procedimentos de alguma complexidade, torna-se sempre necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis. Contudo, a criança que recusa tratamento deve ser ouvida, especialmente se os benefícios desejados são pouco prováveis.<sup>21</sup>

De maneira similar, Dias<sup>22</sup>, sobre o consentimento informado do enfermo menor de 18 anos, sustenta o seguinte:

---

<sup>17</sup> “Art. 21. O pátrio poder familiar será exercido, em igualdade de condições, pelo pai e pela mãe, na forma do que dispuser a legislação civil, assegurado a qualquer deles o direito de, em caso de discordância, recorrer à autoridade judiciária competente para a solução da divergência”.

<sup>18</sup> BRASIL. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>19</sup> “Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”.

<sup>20</sup> “Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos: [...] II - opinião e expressão; III - crença e culto religioso”.

<sup>21</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, *op. cit.*, p. 87.

<sup>22</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 186.

[...] deve-se levar em consideração não só a participação dos pais ou responsáveis, dos médicos e profissionais de saúde na verificação dos interesses da criança ou do adolescente, mas, principalmente, caso a caso e dentro do possível, a própria manifestação do paciente acerca do diagnóstico, do tratamento e da prognose.

Ainda, no caso de divergência entre o entendimento do médico e a vontade dos pais, quando o primeiro acredite que os interesses da criança ou adolescente serão prejudicados pela decisão de seus responsáveis legais, será recomendável que se consulte a Comissão de Ética Médica do hospital e, se necessário, que seja delegada a decisão ao Poder Judiciário, sendo imprescindível que haja, de todo modo, um bom diálogo entre todas as partes envolvidas.<sup>23</sup>

Note-se que, nos hospitais em que já tiverem sido instituídos Comitês de Bioética<sup>24</sup>, formados por membros de diferentes disciplinas (e não só por médicos<sup>25</sup>) e que, nas palavras de José Roberto Goldim e Carlos Fernando Francisconi<sup>26</sup>, têm “por finalidade refletir e avaliar questões e dilemas morais oriundos da prática e dos procedimentos realizados no âmbito da instituição”, estes deverão ser consultados.

A princípio, então, a equipe de saúde deverá tentar transmitir seu entendimento aos genitores do paciente menor de idade e chegar, com eles, a um consenso. Mas, se isso não for possível, o médico não deverá,

---

<sup>23</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, *op. cit.*, p. 87; e MÖLLER, Leticia Ludwig, *op. cit.*, p. 107.

<sup>24</sup> Apesar de ter havido recomendação do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Recomendação CFM nº 8 de 12 de março de 2015*. Disponível em: [https://www.ghc.com.br/files/RECOMENDACAO\\_CFM\\_8\\_2015.pdf](https://www.ghc.com.br/files/RECOMENDACAO_CFM_8_2015.pdf). Acesso: 24 fev. 2021) para que todos os hospitais do país instituíam seus próprios Comitês de Bioética, na prática, isso ainda não aconteceu.

<sup>25</sup> MÖLLER, Leticia Ludwig, *op. cit.*, p. 107.

<sup>26</sup> GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. Os comitês de ética hospitalar. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 2, 1998. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/340/408](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/340/408). Acesso: 24 fev. 2021.

simplesmente, acatar a vontade manifestada pelos pais, especialmente quando se trate de uma questão de vida ou morte envolvendo criança ou adolescente.

Finalmente, destaque-se que, em 17 de julho de 2019, foi emitida a Resolução 2.232 do Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>27</sup> que trata, em seus artigos 3º e 4º, especificamente sobre o tema. Trata-se de resolução bastante polêmica e que vem sendo objeto de discussão judicial, de modo que não a analisaremos aqui.

Outro cenário bastante complicado com relação à escolha do tratamento de pacientes menores de idade diz respeito, como já dito, ao caso em que não existe concordância por parte dos genitores com relação à interrupção dos tratamentos prestados e aplicação dos cuidados paliativos, mesmo quando já não seja possível a cura.

Para Constantino e Hirschheimer<sup>28</sup>, enquanto for possível verificar que existe a possibilidade de recuperação do paciente, o princípio da preservação da vida deverá prevalecer. Caso contrário, o princípio do alívio do sofrimento é que deverá ser priorizado, ainda quando agir no melhor interesse do paciente signifique adotar uma conduta restritiva, deixando de aplicar ou de manter um procedimento agressivo, dando preferência ao conforto físico, afetivo e emocional do paciente e de sua família.

Para os referidos autores, caso se esteja diante de crianças e adolescentes, não haverá uma obrigação legal do médico de acatar o desejo dos pais quando, claramente, o procedimento se revelar ineficaz. Será necessário, então, avaliar os benefícios e sofrimentos impostos ao paciente,

---

<sup>27</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/RES\\_CFM\\_2232\\_2019.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/RES_CFM_2232_2019.pdf). Acesso em 23 fev. 2021.

<sup>28</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, *op. cit.*, p. 91-92

cabendo aos médicos, quando os genitores desejem fazer de tudo para salvar seus filhos pelo uso de procedimentos inúteis, esclarecer, pacientemente, a realidade da situação, em vez de impor um tratamento desnecessário, cruel e doloroso.

Nesse ponto, a importância da boa comunicação entre os médicos e a família do paciente – especialmente quando este seja menor de idade – ganha especial relevância, já que nunca será fácil para os pais receberem a informação de que não existem chances de seu filho ser curado pela medicina, e que chegou a hora de desistir. O papel das equipes de saúde, nesse momento, será transmitir essa realidade de maneira sensível, clara e acolhedora.

Por tudo que foi exposto acima, podemos concluir que a doutrina do consentimento informado veio para proteger, de um lado, os médicos – já que a responsabilidade pelos resultados do tratamento, quando nenhum erro tenha sido cometido, passa a ser do paciente, desde que este tenha sido devidamente informado dos riscos e concordado com eles – e, ao mesmo tempo, garantir o exercício da autonomia por parte do enfermo, que passa a assumir uma posição ativa nas escolhas que envolvam sua saúde.

Ainda, pudemos verificar que, para que o consentimento seja verdadeiramente informado, e não apenas uma formalidade que se preste a isentar os médicos e o hospital de suas responsabilidades, sem garantir, em contrapartida, que o direito de escolha do paciente seja exercido com autonomia, o enfermo deverá ser informado – de modo compreensível a um leigo – com relação a todos os aspectos relacionados ao seu quadro de saúde, ao seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos disponíveis e suas implicações práticas em termos de custos, riscos, benefícios, duração, efeitos colaterais, etc.

O médico deve atuar pautado pelo princípio da beneficência, ou seja, buscando causar o bem, e não o mal. Mas, quem definirá o que é bom ou ruim será o próprio paciente, pois o que é bom para um não necessariamente será bom para outro. É isso que significa respeitar a autonomia do paciente, que é livre para fazer escolhas sobre sua saúde e para dispor sobre sua vida, quando assim desejar.

Diversamente, quando se trate de paciente menor de idade, apesar de os pais atuarem como representantes de seus filhos, havendo risco de vida, os médicos não deverão, simplesmente, aceitar a recusa terapêutica por eles manifestada, sendo possível, nesse caso, que sejam acionadas as autoridades competentes, que se consulte o Comitê de Ética Médica do hospital (ou, onde houver, o Comitê de Bioética), e que se recorra ao Poder Judiciário. Como veremos adiante, entretanto, acreditamos que sempre que for possível verificar que o paciente já é capaz de se autodeterminar, ele deverá ter sua autonomia preservada.

No mais, é imprescindível que, caso os médicos sintam que é o momento de deixar de buscar a cura de criança ou adolescente, comuniquem esse fato aos seus genitores com toda delicadeza possível, de maneira clara e aberta ao diálogo, mas não pratiquem a obstinação terapêutica apenas porque os familiares não conseguem aceitar a derrota. Novamente, caso a conversa entre as partes não seja frutífera, as equipes de saúde poderão se valer dos Comitês de Ética do hospital e, em último caso, do Poder Judiciário.

Preferencialmente, todavia, os conflitos deverão ser resolvidos no ambiente mais intimista entre médico, paciente e família, haja vista se tratar de situação, em si, extremamente delicada, não sendo recomendável submeter os genitores ao trauma ainda maior de verem a decisão sobre a vida de seu filho sair totalmente de suas mãos, e recair sobre a mão de

terceiros, inclusive passando pelo tormento de uma ação judicial com todas as formalidades que esta envolve, no ambiente intimidador de um tribunal.

### **3.1.2 A eutanásia passiva**

Já foi visto no Capítulo 1 deste livro que a eutanásia passiva, também chamada de ortotanásia, é aquela em que o óbito ocorre naturalmente, ou seja, deixa-se de aplicar um tratamento que poderia prolongar a vida – ou interrompe-se sua aplicação –, ocasionando-se, com isso, a morte.

A eutanásia passiva, ao contrário da ativa, não costuma apresentar muita polêmica. Isso porque, em tese, está-se diante de uma abstenção do médico na aplicação de um tratamento, trazendo como consequência a morte considerada natural.

Inclusive, segundo Costa e Diniz<sup>29</sup>, diversos estudos etnográficos em centros de terapia intensiva infantil e adulta revelam que a eutanásia passiva é procedimento corrente.

Faremos, neste ponto, uma análise acerca da legalidade da prática e de sua regulamentação no ordenamento jurídico pátrio.

Sá e Moureira<sup>30</sup> sustentam que a eutanásia passiva é conduta atípica e, mais do que isso, “mero exercício regular da medicina”, não havendo, portanto, qualquer ilicitude.

Dias<sup>31</sup>, por sua vez, com base no direito à autonomia, na dignidade da pessoa humana e na disponibilidade da vida, entende que “a pessoa tem o direito de se recusar a receber tratamento médico, desde que devidamente informada pelo profissional de saúde acerca das consequências advindas

---

<sup>29</sup> DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio, *op. cit.*, p. 122.

<sup>30</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 191.

<sup>31</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 186-187.

de seu ato”. Para o autor, este direito decorre, também, de outras previsões constitucionais, como o direito à integridade física e moral:

A pessoa não está obrigada a se submeter a tratamento médico se entender que o procedimento, além de violar sua dignidade, assola seu corpo, devasta sua honra ou denigre a imagem que ela tem dela mesma. Receber um tratamento pode ser mais aviltante do que a morte, mostrando-se incompatível com sua história de vida, com suas convicções e com seus interesses fundamentais. Seria o caso, por exemplo, da recusa de um pianista ter os braços amputados, de um professor ter extirpadas suas cordas vocais, de um paciente se submeter à quimioterapia no caso de uma metástase avançada ou de um seguidor da religião Testemunha de Jeová se sujeitar a uma transfusão de sangue.

A questão da recusa de tratamentos por motivos religiosos há de ser, aqui, explorada. Deve o médico aceitá-la, ainda quando esta tenha por consequência a morte do paciente?

Interessante notar, inicialmente, que, para os adeptos dessa religião, a doutrina da santidade da vida não implica aceitar qualquer tratamento para evitar a morte. Diversamente, a realização de uma transfusão de sangue, mesmo quando medicamente necessária, violaria os preceitos religiosos que dão, para essas pessoas, sentido e importância à sua existência. A vida deve ser preservada, mas não a qualquer custo, o que parece confirmar nosso entendimento manifestado anteriormente sobre as diversas formas de se respeitar o valor intrínseco da vida, e que devem, todas, ser respeitadas.

De todo modo, a Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová consultou Celso Ribeiro Bastos<sup>32</sup> a respeito da questão. No parecer por ele

---

<sup>32</sup> BASTOS, Celso Ribeiro, *op. cit.*, p. 9.

elaborado, sustenta-se que, ainda que haja iminente perigo de morte, o paciente teria o direito de recusar o tratamento médico.

Aplica-se ao caso o inciso VI do artigo 5º da Constituição Federal, que dispõe ser “inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias”.

Para o autor, há de se levar em consideração que a liberdade de crença, assegurada pelo referido dispositivo constitucional, não possui, apenas, uma dimensão espiritual, adstrita ao âmbito da consciência do indivíduo. Via de regra, esta crença buscará ser externada, e isso requer práticas rituais, solenidades, etc., que fazem parte da liberdade de culto.<sup>33</sup>

Outrossim, não é possível falar em liberdade de religião se não for reconhecido o direito de se orientar de maneira livre, de acordo com as posições religiosas adotadas. É neste contexto que se insere a recusa ao recebimento da transfusão de sangue: “trata-se de uma seara própria de qualquer indivíduo – no caso presente, das Testemunhas de Jeová – a que não é dado ao Estado penetrar”. E o culto não é exercido, apenas, em locais pré-determinados, como igrejas ou templos. A orientação religiosa, diversamente, deve ser seguida pelo indivíduo a todos os momentos, independentemente do lugar ou da situação.<sup>34</sup>

Ainda sobre o artigo 5º, inciso VI, da Constituição Federal, dispõe o Enunciado 403 do Conselho da Justiça Federal<sup>35</sup>:

O Direito à inviolabilidade de consciência e de crença, previsto no art. 5º, VI, da Constituição Federal, aplica-se também à pessoa que se nega a tratamento médico, inclusive transfusão de sangue, com ou sem risco de morte, em razão

---

<sup>33</sup> *Idem, ibidem*, p. 13.

<sup>34</sup> *Idem, ibidem*, p. 14.

<sup>35</sup> CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. V Jornada de Direito Civil. *Enunciado 403*. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/207>. Acesso: 24 fev. 2021.

do tratamento ou da falta dele, desde que observados os seguintes critérios: a) capacidade civil plena, excluído o suprimimento pelo representante ou assistente; b) manifestação de vontade livre, consciente e informada; e c) oposição que diga respeito exclusivamente à própria pessoa do declarante.

Bastos<sup>36</sup> verifica, no mais, que não existe qualquer lei que proíba a recusa à transfusão de sangue, ou que imponha aos médicos a desconsideração da vontade do paciente, e tampouco é o suicídio (ou sua tentativa) criminalmente punível. Assim, não está presente qualquer justificativa para limitar a liberdade do enfermo, devendo prevalecer o princípio da legalidade, segundo o qual ninguém pode ser obrigado a fazer ou a deixar de fazer nada, senão em virtude de lei. Em suma, para o autor:

Mesmo sob iminente perigo de vida, não se pode alterar o quadro jurídico acerca dos direitos da pessoa. Até porque o ordenamento jurídico pátrio não pune aquele que tente o suicídio. O direito de recusa, fundado em convicções religiosas ou filosóficas, bem como na ampla liberdade (e integridade) da pessoa humana, há de prevalecer inclusive em situações extremas como esta que é levantada. Não há, portanto, conflito entre o direito à vida e a privacidade e liberdade (em sentido amplo), já que todos estes direitos devem ser compreendidos em conjunto. O direito à vida é, essencialmente, dirigido contra a sociedade e contra o Estado, vale dizer, invocável contra terceiros. Este é o seu correto alcance. No mais, vigem, no Direito pátrio, a ampla liberdade e o direito à integridade da pessoa humana.

Dias<sup>37</sup> entende, ademais, que se aplicariam à questão da imposição de tratamento médico – em qualquer hipótese, não apenas por motivos religiosos – o artigo 15 do Código Civil<sup>38</sup>, segundo o qual “Ninguém pode ser

---

<sup>36</sup> BASTOS, Celso Ribeiro, *op. cit.*, p. 14 e 29.

<sup>37</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 189-190.

<sup>38</sup> BRASIL. *Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” e o artigo 146 do Código Penal<sup>39</sup>, que impõe a pena de detenção de três meses a um ano ou multa para a pessoa que “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda”. Sobre o §3º, inciso I, deste último dispositivo, o autor sustenta que, a despeito de ele estabelecer que não haverá crime de constrangimento ilegal na hipótese de “intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”, deve haver uma interpretação conforme a Constituição, no seguinte sentido:

[...] se o paciente, apesar de iminente perigo de morte, exercer seu direito à autonomia, fundado em sua concepção de dignidade, e recusar a intervenção médica ou cirúrgica, o profissional da saúde que desprezitar tal manifestação estará sujeito a responder por crime de constrangimento ilegal. Se, por qualquer motivo, não houve tal manifestação do paciente, o médico estará autorizado a realizar os procedimentos que entender necessários para tentar salvar a vida do enfermo. Do mesmo modo que não deve agir contra os interesses fundamentais manifestados pelo paciente, o médico que respeitar a opção do doente não incorrerá em omissão de socorro.

Já com relação ao artigo 15 do Código Civil, mencionado acima, conforme estabelece o Enunciado 533 da VI Jornada de Direito Civil<sup>40</sup>, ele deve ser interpretado no sentido de que, ainda que exista risco de vida na recusa

---

<sup>39</sup> BRASIL. *Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>40</sup> CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. VI Jornada de Direito Civil. *Enunciado 533*. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/144>. Acesso: 24 fev. 2021.

do tratamento, seja ele mediato ou imediato, o paciente, desde que plenamente capaz, terá, via de regra, direito de escolha:

O paciente plenamente capaz poderá deliberar sobre todos os aspectos concernentes a tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, seja imediato ou mediato, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos.

Para Dias<sup>41</sup>, ademais, desligar os aparelhos que mantêm a pessoa viva poderia, em uma análise superficial, configurar homicídio piedoso, nos termos do artigo 121, §1º, ou auxílio ao suicídio, previsto pelo artigo 122, ambos do Código Penal, os quais preveem, respectivamente:

Artigo 121. Matar alguém: Pena – reclusão, de seis a vinte anos. § 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Artigo 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena – reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

O autor sustenta, entretanto, que, adotando-se o princípio da interpretação conforme a Constituição (que prescreve que, ante mais de uma interpretação possível de uma norma, devemos priorizar aquela que mais se adequa ao texto constitucional), chegaríamos a uma conclusão diversa: colocando-se a autonomia e a dignidade da pessoa humana no patamar hierárquico mais elevado do ordenamento jurídico pátrio, e considerando ser a vida bem disponível por seu titular (nos termos expostos no Capítulo 2), os artigos 121 e 122 do Código Penal deverão ser interpretados de uma

---

<sup>41</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 179-180.

maneira tal que se permita ao indivíduo que decida, com base em sua própria concepção de dignidade, se prefere que o tratamento médico continue a ser aplicado, ou que seja interrompido, sem qualquer penalidade para as partes envolvidas.

Em sentido similar, Jorge Reis Novais<sup>42</sup> tece os seguintes comentários:

Por exemplo, a norma penal ou estatutária que considere lícita ou ilícita a eutanásia voluntária, é ela mesma discutível à luz do entendimento que o juiz tenha sobre a admissibilidade constitucional da renúncia ao direito à vida. A não ser assim, ou seja, se fosse a admissibilidade constitucional da renúncia a direitos fundamentais a ficar condicionada pelas soluções já encontradas pelo legislador ordinário e não o inverso, então ficaríamos inadmissivelmente prisioneiros de uma concepção anacrônica de direitos fundamentais à medida da lei em função dos direitos fundamentais, ou se se quiser, estaríamos a inverter a relação entre legislador constituinte e legislador ordinário.

Como visto, então, por meio da melhor interpretação de todos os dispositivos citados acima, já seria possível justificar a eutanásia passiva.

Ainda assim, existem, hoje, regulamentações que permitem, de forma expressa, a prática da ortotanásia.

Nesse sentido, destaque-se, primeiramente, a Resolução n<sup>o</sup> 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina<sup>43</sup>, a qual, nas palavras de Dias<sup>44</sup>, acaba, apenas, por disciplinar de maneira “mais minuciosa e clara o direito à recusa de tratamento e, em última análise, à eutanásia passiva, que já estavam consagrados constitucionalmente”, como vimos acima.

---

<sup>42</sup> NOVAIS, Jorge Reis, *op. cit.*, p. 212.

<sup>43</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n. 1.805/2006 de 28 de novembro de 2006*. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>44</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 192.

Esta resolução foi publicada em 28 de novembro de 2006 e seu artigo 1º permite que o médico, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, “limite ou suspenda procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável”.<sup>45</sup>

A resolução, ao autorizar, expressamente, a ortotanásia, causou considerável polêmica no mundo jurídico, havendo quem defendesse a necessidade de lei em sentido estrito para legitimar a eutanásia passiva, não podendo mera resolução substituí-la.<sup>46</sup>

Por este motivo, ela foi suspensa em 2007, por decisão liminar da Justiça Federal, nos autos da Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3<sup>47</sup>, a pedido do Ministério Público Federal, sob o fundamento de que não estaria a regulamentar o exercício regular da medicina, mas, sim, a prática de homicídio por omissão.<sup>48</sup>

Entretanto, no dia 6 de dezembro de 2010, a liminar foi revogada, após alteração do entendimento do Ministério Público Federal, o qual emitiu parecer pleiteando a improcedência do pedido, por entender que, em se tratando da eutanásia em sua modalidade passiva, e não ativa, haveria total legitimidade do Conselho Federal de Medicina para legislar sobre o tema, preservando-se, portanto, a resolução.<sup>49</sup>

No mais, como visto anteriormente, o Conselho Federal de Medicina emitiu, em 17 de julho de 2019, a polêmica Resolução nº 2.232.

---

<sup>45</sup> *Idem, ibidem*, p. 191-192.

<sup>46</sup> *Idem, ibidem*, nota de rodapé 604, p. 192; e SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 197.

<sup>47</sup> BRASIL, JUSTIÇA FEDERAL DO DISTRITO FEDERAL. *Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3*. Juiz: Eduardo Santos da Rocha Penteado. Brasília. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consulta/Processual/processo.php?secao=DF&proc=200734000148093>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>48</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 197.

<sup>49</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, nota de rodapé 604, p. 192 e SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 197.

Esta resolução prevê, tal qual a Resolução nº 1.805/2006, o direito à recusa de tratamento, estabelecendo que o médico deve respeitar a vontade manifestada pelo paciente que seja maior de idade, capaz, lúcido e esteja consciente no momento da decisão, desde que o informe devidamente sobre os riscos e consequências decorrentes de sua escolha, podendo propor, quando houver, alternativas de tratamento (artigos 1º, 2º e 3º).

Feitos estes apontamentos, há de se mencionar, com relação ao Estado de São Paulo, a lei 10.241, de 1999, já citada, que também trata expressamente da eutanásia passiva. Em seu artigo 2º, inciso VII, é garantido ao paciente o direito de “consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados” e, no inciso XXIII, “recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida”.

A vida, como visto, é um direito (não um dever) fundamental que deve ser assegurado pelo Estado – inclusive por meio de direitos sociais como a saúde – sendo, de um lado, vedada sua violação por terceiros e, de outro, disponível por seu titular, com autonomia e segundo sua própria noção de dignidade.

A eutanásia passiva é conduta atípica e exercício regular da medicina, uma vez que o paciente possui o direito à integridade física e psicológica, podendo recusar tratamentos que considere aviltantes, segundo sua própria noção de dignidade, ainda que isso implique sua morte.

A recusa pode se dar, ademais, por motivos religiosos, em atendimento à liberdade religiosa e à liberdade de culto, uma vez que, para cada pessoa, respeitar o valor intrínseco da vida terá um significado.

A despeito de já haver autorização constitucional para a eutanásia passiva, com a expedição da Resolução CFM nº1.805/2006, a prática passou a ser expressamente permitida e, com relação ao Estado de São Paulo, autorizada, também, pela lei 10.241, de 1999.

### **3.1.3 A legitimidade das diretivas antecipadas de vontade**

Com relação à ortotanásia, já ficou estabelecido que, desde que o enfermo seja capaz e se encontre devidamente informado a respeito de seu diagnóstico, prognóstico, e dos tratamentos a ele disponíveis, não existe qualquer motivo pelo qual sua autonomia não deva ser respeitada, não havendo nenhum risco de responsabilização por parte da equipe de saúde em atuar conforme solicitado pelo paciente.

A questão que parece trazer mais polêmica diz respeito à tomada de decisões quando o paciente não se encontre consciente. É possível praticar a eutanásia passiva, deixando de aplicar determinados tratamentos, quando o enfermo não esteja em condições de dar seu consentimento?

Como já visto no Capítulo 1, as diretivas antecipadas de vontade compreendem os testamentos vitais (que são os documentos em que se estipula quais procedimentos médicos deverão, ou não, ser utilizados para manter o paciente vivo em situações específicas) e as procurações de saúde (que se prestam a indicar uma outra pessoa para tomar decisões de vida ou morte em nome do paciente quando este não seja mais capaz de fazê-lo).

Para Dias<sup>50</sup>, considerando ser a vida um bem disponível por seu titular e que o paciente tem o direito de recusar tratamentos médicos, não haveria qualquer razão para impedir que uma pessoa capaz manifestasse sua vontade de forma antecipada, determinando quais procedimentos

---

<sup>50</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p.192-193.

aceitará, ou não, na hipótese de se tornar incapaz de expressar suas intenções em momento futuro.

Ademais, como destaca Singer<sup>51</sup>, não é porque a pessoa não é capaz de expressar sua vontade no momento da morte que a eutanásia praticada deixará de ser voluntária, contanto que tenha havido manifestação anterior nesse sentido.

No ordenamento jurídico brasileiro, por tudo que já foi, até o momento, exposto, não há qualquer empecilho para a utilização de testamentos vitais e procurações de saúde, mas não existe lei em vigor regulamentado o tema.

De todo modo, o Conselho Federal de Medicina tratou da questão por meio da Resolução CFM nº 1.995, publicada em 31 de agosto de 2012<sup>52</sup>, nos artigos 1º e 2º, definindo as 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” e estabelecendo ser dever do profissional de saúde respeitar tais diretivas.<sup>53</sup>

Ainda, há de se destacar a Resolução nº 41 da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)<sup>54</sup>, publicada em 23 de novembro de 2018, para dispor, especificamente, sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e que traz

---

<sup>51</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 240.

<sup>52</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/RES\\_CFM\\_1995\\_2012.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/RES_CFM_1995_2012.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>53</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 185.

<sup>54</sup> COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. *Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018*. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

como um dos princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos a “promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV)” (artigo 4º, inciso XII).

Com relação às formalidades a serem seguidas para que o documento seja legítimo, uma vez que se trata de “negócio jurídico unilateral que tem como finalidade cuidados futuros em caso de incapacidade”<sup>55</sup>, deve-se observar o disposto no artigo 104 do Código Civil, que sujeita a validade do negócio jurídico a três requisitos: (i) “agente capaz”; (ii) “objeto lícito, possível, determinado ou determinável”; e (iii) “forma prescrita ou não defesa em lei”. Respeitadas tais exigências, então, as diretivas antecipadas de vontade serão perfeitamente legítimas.<sup>56</sup>

Sobre o requisito da capacidade do agente, as diretivas antecipadas de vontade serão válidas desde que elaboradas por pessoa maior de 18 anos de idade e “em pleno gozo de suas faculdades mentais”.<sup>57</sup>

No que diz respeito à exigência de objeto lícito, possível, determinado ou determinável, para Dias<sup>58</sup> não haveria, tampouco, empecilho:

[...] dispor sobre a própria vida, recusando um tratamento, é um ato lícito, possível e determinado ou determinável. Ao prever as situações em que não aceita um tratamento, o paciente exerce seu direito à autonomia e dispõe de seu corpo e de sua saúde. Enfim, dispõe de sua vida e de sua morte, com base em sua noção de dignidade.

Quanto à forma, como a lei não dispõe sobre o assunto, o autor sugere que o documento seja escrito e, além disso, subscrito por duas

---

<sup>55</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 185.

<sup>56</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 194 e 195.

<sup>57</sup> *Idem, ibidem*, p. 194 e 195.

<sup>58</sup> *Idem, ibidem*, p. 195.

testemunhas (para viabilizar sua prova, nos termos do artigo 212, incisos II e III do Código Civil). Entretanto, nada impede a adoção de formatos menos usuais. Nesse sentido, Betancor<sup>59</sup> faz referência aos vídeos gravados pelos pacientes do Dr. Kevorkian (que será visto no Capítulo 4), que serviriam como prova do consentimento para o suicídio assistido.

No fundo, o que importa é que seja possível aferir, com segurança, qual teria sido a vontade do paciente caso estivesse consciente. O maior rigor formal, portanto, é recomendável para assegurar que o documento prevaleça na hipótese de uma eventual judicialização.

Dias<sup>60</sup> sugere, ademais, que o testamento vital poderá conter duas partes: (i) uma para tratar da obstinação terapêutica (ou distanásia) e da eutanásia passiva (ou ortotanásia), e que disporá, portanto, sobre proibições referentes ao início de procedimentos médicos, ou ao dever de sua interrupção, quando tais procedimentos sirvam, tão somente, para prolongar a vida de modo artificial; e (ii) outra parte em que a pessoa poderá solicitar o uso dos meios mais apropriados para evitar a dor, ainda que isso leve a uma aceleração da morte, hipótese na qual se estará diante da eutanásia indireta ou de duplo efeito.

Quanto à procuração de saúde, Pereira<sup>61</sup> explica que sua efetividade vai depender de o paciente e seu procurador terem previamente conversado sobre as opiniões do mandante, sendo possível, inclusive, unir os dois institutos, ou seja, em um mesmo documento estabelecer os procedimentos médicos que serão, ou não, aceitos, e designar um procurador.

---

<sup>59</sup> BETANCOR, Juana Teresa, *op. cit.*, p. 105.

<sup>60</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 193.

<sup>61</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias. *O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil*. Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 240-241.

Para Dias<sup>62</sup>, o ordenamento jurídico brasileiro permite a nomeação de um procurador de saúde, o qual terá a função, tão somente, de expor à equipe médica quais são os desejos do paciente que o nomeou, e não de dispor, ele próprio, da vida do mandante. Assim, caberá a ele dizer aos médicos quais procedimentos o paciente rejeita, e quais caminhos deverão ser seguidos para preservar sua vida:

Trata-se, portanto, de exigir o respeito à dignidade e à autonomia do doente, por intermédio de uma pessoa que ele indicou, quando o próprio enfermo não puder fazê-lo por si. Contudo, neste caso, não se deve admitir o substabelecimento e sempre será possível a revogação do mandato sem qualquer formalidade.

É dizer: o signatário poderá, a qualquer momento, revogar tal documento, devendo-se respeitar sua última vontade, não sendo necessária a observância de nenhum requisito formal para sua revogação, qualquer que tenha sido a forma adotada quando da redação das diretivas antecipadas de vontade.<sup>63</sup>

Por fim, no que diz respeito ao conteúdo do testamento vital, Dias<sup>64</sup> destaca que o médico deverá ter cuidado para verificar quais determinações são lícitas, e quais são ilícitas:

Vejamos: só há sentido em classificar determinada ação dentro das modalidades de eutanásia para verificar se a conduta é tipificada penalmente. É certo que a eutanásia ativa encontra óbice na legislação penal, embora possa ser hermeneuticamente sustentada. Todavia, a eutanásia ativa indireta (princípio do duplo efeito) e a eutanásia passiva ou ortotanásia são praticadas na rotina

---

<sup>62</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 196.

<sup>63</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias, *op. cit.*, 2004, p. 247; e DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2003, p. 195.

<sup>64</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 195

médica e interpretadas como exercício regular da Medicina, desde que respeitada a vontade do paciente.

Assim, ao redigir as diretivas antecipadas de vontade, o paciente deverá estar atento para a legalidade de seu conteúdo, já que qualquer disposição considerada ilegal pelo ordenamento jurídico pátrio deverá ser ignorada pelo profissional de saúde<sup>65</sup>, podendo a discussão ser levada, caso se faça necessário, à apreciação do Poder Judiciário.

Finalmente, há de se mencionar, sobre o tema, o projeto de lei (PLS) nº 149/2018<sup>66</sup>, de autoria do Senador Lasier Marins. Em sua versão final<sup>67</sup>, merecem destaque alguns pontos.

Primeiramente, com relação ao art. 1º, fica estabelecido o direito de toda pessoa civilmente capaz de elaborar um documento em que manifeste suas intenções acerca de tratamentos que deseja, ou não, receber – documento este que prevalecerá frente à vontade dos familiares e da equipe de saúde –, e que terá validade apenas em situações específicas, atestadas por dois médicos diferentes, de (i) doença terminal; (ii) doença crônica ou neurodegenerativa em fase avançada; (iii) estado vegetativo persistente.

Neste ponto, devemos lembrar da colocação de Betancor<sup>68</sup>, exposta no Capítulo 1, com relação às situações em que as diretivas antecipadas de vontade se mostram úteis. Além de trabalhar com a presença de enfermidade terminal ou incurável, ou de estado vegetativo persistente, a autora apontou que, na hipótese de um acidente, quando for possível verificar, pela avaliação do médico, que o paciente irá sofrer, de modo irreversível,

---

<sup>65</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>66</sup> SENADO FEDERAL. *Projeto de lei do Senado n. 149/2018*. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7653326&ts=1567533600480&disposition=inline>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>67</sup> SENADO FEDERAL. *Parecer sobre o PLS 149/2018*. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2018/12/substitutivo.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>68</sup> BETANCOR, Juana Teresa. *op. cit.*, p. 100.

uma das condições que ele descreve em seu testamento vital como inaceitáveis, seria possível aplicar a recusa de tratamento manifestada.

Imaginemos, por exemplo, que um alpinista disponha que, na hipótese de um tratamento ter o potencial de deixá-lo tetraplégico, ou obrigar a amputação de seus braços ou pernas, ele não deva ser aplicado, ainda quando isso leve à sua morte. Para esse alpinista, é preferível uma vida mais curta com qualidade, do que uma vida mais longa em que ele seja privado de fazer as atividades que considera essenciais. Permitir a sua morte, nesse caso, será fundamental para assegurar sua autonomia.

Por esse motivo, o ideal é que o projeto de lei não fosse taxativo nas hipóteses em que as diretivas de vontade são aplicáveis ou, ao menos, previsse a situação acima descrita em um de seus incisos.

Outros pontos interessantes trazidos pelo projeto de lei dizem respeito ao fato de que o relativamente incapaz – aquele que possui entre 16 e 18 anos, portanto – pode testar, desde que obtenha autorização judicial para isso, verificando-se seu discernimento por meio de um exame psicossocial; fica vedada a recusa a cuidados paliativos por parte do paciente, já que tais cuidados, como visto, só se prestam a garantir o bem-estar do enfermo e de seus familiares; fica expressamente proibido o pedido de morte assistida; e, finalmente, será possível dispor, no próprio testamento vital, sobre a doação de órgãos, solicitar que a morte aconteça em casa, e decidir sobre o enterro e rituais fúnebres.

A forma a ser adotada, segundo o artigo 4<sup>o</sup>, é a de escritura pública, ou instrumento particular assinado na presença de duas testemunhas, sem necessidade de laudo médico ou psicológico acerca do discernimento do autor do documento, nem de autorização judicial (com exceção daquele que tenha entre 16 e 18 anos de idade, como já visto).

O artigo 5º merece, também, destaque, pois determina a criação e a regulamentação, pelo Ministério da Saúde, de um Registro Nacional de Diretivas Antecipadas de Vontade (RENTEV). Tal registro é de extrema importância, já que garante que os hospitais de todo o país tenham acesso às diretivas antecipadas de vontade de seus pacientes caso, por qualquer motivo, estes se encontrem impossibilitados de fornecê-las por si mesmos.

Com relação ao artigo 7º, por fim, este permite que o médico deixe de observar as diretivas antecipadas de vontade, dentre outras hipóteses, quando estiverem evidentemente desatualizadas em relação ao progresso dos meios terapêuticos.

Esse ponto é bastante importante. Pode acontecer de a pessoa elaborar suas diretivas antecipadas de vontade em um momento em que a cura para determinada enfermidade seja inimaginável, não havendo qualquer tratamento eficaz para reverter seu quadro de saúde de maneira que ela julgue satisfatória. Assim, caso o médico perceba que o cenário da época em que o documento foi redigido mudou substancialmente, não precisará atender à vontade ali expressa. Isso, claro, deve ser feito com parcimônia, devendo a autonomia precedente do paciente ser preservada no maior grau possível.

Podemos concluir, com relação às diretivas antecipadas de vontade, que sua utilização não é proibida por nosso ordenamento jurídico e, enquanto o projeto de lei supracitado não seja aprovado e entre em vigor, a preocupação com relação à sua elaboração deve ser a de garantir que seja possível inferir, com o maior grau de segurança possível, qual teria sido a vontade do paciente caso se encontrasse consciente.

### 3.1.4 A distanásia e os cuidados paliativos

Como visto anteriormente, a questão da distanásia está inserida no contexto do avanço da medicina que, cada vez mais, possui aparatos tecnológicos para prolongar, de maneira artificial, a vida dos enfermos em estágio terminal. A obstinação terapêutica diz respeito, então, à utilização, pelos profissionais de saúde, de todos os meios a eles disponíveis para estender a vida dos pacientes pelo máximo de tempo possível, custe o que custar. Pela crueldade que ela representa, trata-se de prática repelida pelo ordenamento jurídico brasileiro.

Inicialmente, para Dias<sup>69</sup>, a distanásia viola o artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal, “que impede a submissão das pessoas a tratamento desumano ou degradante”, na medida em que o prolongamento da vida biológica do paciente “à custa de excessivo sofrimento”, sem possibilidade de melhora ou reversão de seu quadro de saúde, fere sua dignidade:

Se o doente deixa de ser um sujeito de direitos para se transformar, nas mãos dos profissionais da saúde, em mero objeto da obstinação terapêutica, obviamente que se está diante da imposição de um tratamento desumano e degradante, repelido constitucionalmente.

Além de infringir a Constituição Federal, há de se mencionar que a obstinação terapêutica é repelida, também, pelo Código de Ética Médica.

O artigo 32 deste Código proíbe o médico de “deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”. Mas, quando já não seja mais possível curar a enfermidade, o mais indicado, para Dias<sup>70</sup>, Constantino e

---

<sup>69</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 198.

<sup>70</sup> *Idem, ibidem*, p. 197.

Hirschheimer<sup>71</sup>, não será adiar a morte a qualquer custo, e sim, proporcionar ao enfermo uma morte digna, por meio do oferecimento dos cuidados paliativos, nos termos do parágrafo único do artigo 41:

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

A distanásia viola, ainda, o artigo 25 do Código de Ética Médica, que veda ao médico “Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem” e, caso o tratamento se dê contra a vontade ou interesse do paciente, isso poderia, para Dias<sup>72</sup>, ser tipificado como crime de constrangimento ilegal.

Há de se mencionar, ademais, o seguinte princípio fundamental estabelecido no Código de Ética Médica:

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

Outrossim, a obstinação terapêutica, ou seja, a administração de tratamentos fúteis que não possuem qualquer utilidade para a reversão do quadro clínico do paciente, fere a dignidade da pessoa humana e deve, por isso, ser repelida.

---

<sup>71</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, *op. cit.*, p. 88.

<sup>72</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 199.

Não obstante, sustentar que os médicos não podem seguir buscando a cura do paciente quando esta não seja mais possível não significa dizer que nenhum tratamento deva ser ofertado. Ao contrário, quando não for mais possível a cura, deverão ser oferecidos os cuidados paliativos, que terão como destinatários o paciente, seus familiares e cuidadores, com a finalidade de, além de controlar a dor física do enfermo, aliviar o sofrimento de todos aqueles que participam do processo da doença, de maneira integral. Saber aplicar tais cuidados vai muito além de administrar morfina em doses adequadas.<sup>73</sup>

A equipe de saúde, então, deve olhar para seu paciente não como um objeto de estudo ou de trabalho, mas como um indivíduo, com opiniões, sentimentos e vontades particulares, e cujos sofrimentos extrapolam a dor física. Há de se ter extrema sensibilidade no tratamento daquele enfermo que sabe que a morte se aproxima, pois também os momentos finais merecem ser vividos com dignidade.

Nas palavras de Pereira<sup>74</sup>:

O aproximar da morte não retira direitos às pessoas; a diminuição das capacidades físicas não limita a capacidade jurídica. Até ao último suspiro, até ao último raio de luz no encéfalo, a pessoa humana é! E porque é, goza de dignidade, estatuto qualitativo e não gradativo, pelo qual os membros da comunidade juridicamente organizada se reveem no outro. Daqui resulta que a pessoa em estado terminal é titular plena de direitos fundamentais e, no plano juscivilístico, de direitos de personalidade.

Desse modo, o paciente terminal que não quer a distanásia, mas tampouco busca a eutanásia ativa, deve ter assegurado o direito de ser

---

<sup>73</sup> Sobre os diferentes tipos de dor e de sofrimento, cf. PESSINI, Léo, *op. cit.*, 1996, não paginado.

<sup>74</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias, *op. cit.*, 2012, p. 157.

integralmente cuidado até o último de seus dias, pouco importando o fato de sua doença ser considerada, pela medicina, como incurável.

Os cuidados paliativos vêm sendo, cada vez mais, aceitos pelo Conselho Federal de Medicina como uma área de atuação médica independente. Nesse sentido, a Resolução CFM 1973/2011<sup>75</sup> prevê, na relação das áreas de atuação reconhecidas, a medicina paliativa e, como visto acima, o inciso XXII do Código de Ética Médica traz como um de seus princípios fundamentais que, quando não for possível reverter a situação clínica do paciente terminal, será necessário administrar os cuidados paliativos apropriados, sem praticar a obstinação terapêutica.

O art. 36, §2º, do mesmo código dispõe, por sua vez, que o médico não deverá abandonar o paciente “por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos” e o artigo 41, parágrafo único, dispõe que todos os cuidados paliativos deverão ser oferecidos pelo médico.

Há de se mencionar, ademais, a Portaria SAS/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014<sup>76</sup>, que prevê a obrigatoriedade dos cuidados paliativos, mas se mostra, em si mesma, insuficiente, já que se volta, tão somente, para a atenção especializada em oncologia.

Por isso, em 23 de novembro de 2018, foi publicada a Resolução nº 41 da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), já mencionada, para dispor, de modo específico, sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo quando não se esteja diante de paciente oncológico. A referida resolução assim define os cuidados paliativos:

---

<sup>75</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1.973*, de 01 de agosto de 2011. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973\\_2011.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>76</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria SAS/MS n. 140, de 27 de fevereiro de 2014*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prto140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prto140_27_02_2014.html). Acesso: 24 fev. 2021.

Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

Existe, portanto, uma evidente preocupação com a noção da existência de sofrimentos que vão além da dor física, englobando aspectos sociais, psicológicos e espirituais, e com a ideia de que os cuidados paliativos devem ser prestados não apenas aos pacientes, mas, também, aos seus familiares, por uma equipe multidisciplinar.

De todo modo, apesar de parecer simples, em teoria, sustentar que quando a cura não seja mais possível é necessário desistir de buscá-la e oferecer cuidados paliativos, na prática, nem sempre é fácil determinar em que momento isso deve acontecer. Como estabelecer quando um tratamento pode ser considerado fútil e, então, suspendê-lo?

Möller<sup>77</sup>, sobre o assunto, assim escreve:

Um tratamento não pode ser considerado fútil por si só, mas em relação a algo. Encontra-se na literatura médica uma variedade de objetivos que deveriam ser alcançados por tratamentos específicos, podendo os tratamentos ser considerados fúteis quando um ou mais desses objetivos não são obtidos ou não são possíveis de ser obtidos. [...] A caracterização de futilidade, no contexto da prática médica, baseia-se, em geral tanto nos dados clínicos obtidos com a realização de exames, como na experiência do médico com a aplicação de terapias em casos similares.

---

<sup>77</sup> MÖLLER, Leticia Ludwig, *op. cit.*, p. 42-44.

Em seguida, a autora destaca que essa análise a respeito da utilidade ou futilidade de um tratamento médico é, apenas, de caráter técnico-científica, e não necessariamente será compartilhada pelo paciente ou por seus familiares, devendo-se sempre ter em vista, na tomada de qualquer decisão quanto à oferta ou recusa de tratamento, o direito à autonomia do enfermo. Caberá ao médico, então, informar ao paciente, detalhadamente, sobre seu quadro de saúde, explicando o que significa adotar um ou outro tratamento e, a partir disso, este último poderá decidir o que entende como útil e o que entende como fútil.<sup>78</sup>

Para Mota<sup>79</sup>, na medicina, o tratamento fútil (ou inútil, em vão) pode ser definido como “aquela ação médica cujos potenciais benefícios para o paciente são nulos ou tão pequenos ou improváveis que não superam os seus potenciais malefícios”. Entretanto, o autor revela ser impossível ter certeza absoluta de que um tratamento será útil ou fútil, pois sempre existe a possibilidade de o imponderável ocorrer.

A dificuldade de se estabelecer os limites entre a utilidade e a futilidade de uma terapia decorre, para Mota<sup>80</sup>: do medo do profissional de saúde que, culturalmente, enxerga a morte como algo estranho à vida, a ser evitada a todo custo e que, quando ocorre, significa um fracasso de sua parte; das ligações afetivas estabelecidas entre o médico, os pacientes e suas famílias, o que também dificulta esta distinção; da noção de que não há limites para o desejo e que o dinheiro resolve tudo; do fato de que é muito mais confortável adotar uma postura ativa, colocando um paciente

---

<sup>78</sup> Sobre o descompasso que pode haver entre a opinião do profissional de saúde e a opinião do paciente, e a dificuldade de solucionar tais situações, cf. DINIZ, Débora, *op. cit.*, p. 1742.

<sup>79</sup> MOTA, Joaquim Antônio César, *op. cit.*, não paginado.

<sup>80</sup> *Idem, ibidem.*

em uma máquina de ventilação mecânica, do que assisti-lo em seu processo de morte, abstando-se da utilização de toda tecnologia disponível, já que parece melhor dizer que todo o possível foi feito e, ainda, assim, a morte ocorreu, do que “desistir” de lutar e “assumir o fracasso”, etc.

O referido autor sustenta, ainda, que não é possível o estabelecimento de critérios objetivos que determinem, em abstrato, quais tratamentos serão úteis ou fúteis, de modo que talvez o melhor seja se basear na possibilidade de o paciente adquirir, com o tratamento, uma vida independente e de qualidade, algo que só poderá ser aferido por meio do diálogo com todos os envolvidos no processo.<sup>81</sup>

Para Diniz<sup>82</sup>, o desafio ético na questão da distanásia é, justamente, que os profissionais de saúde, treinados para impor, de maneira hierárquica, seu conhecimento técnico sobre as escolhas dos pacientes, reconheçam que as pessoas possuem concepções diferentes sobre o sentido da morte e sobre como desejam conduzir suas vidas, e respeitem a liberdade de escolha dos pacientes.

É possível concluir, então, que a busca pela cura não é a única forma de tratar um paciente. O médico deve ter a capacidade de perceber quando o enfermo não pode, mais, ter seu quadro de saúde revertido e, por meio da boa comunicação com ele e com sua família, encaminhá-lo para os cuidados paliativos. Não deve haver, de um lado, uma insistência em tratar uma enfermidade que já não pode ser curada, mas também não pode ocorrer o abandono daquele paciente que se encontra na fase final de sua vida. Deve-se olhar, como visto, para a pessoa que adoece, e não para sua doença de modo isolado.

---

<sup>81</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>82</sup> DINIZ, Débora, *op. cit.* p. 1742.

Neste livro, defendemos o direito do paciente de escolher quando e como quer que sua morte aconteça, para que sua vida se encerre de forma digna. Isso não significa dizer que somos contrários aos cuidados paliativos, ou que defender a eutanásia ativa seja incompatível com a defesa da boa aplicação desses cuidados. Muito pelo contrário.

O indivíduo deve ter o poder de decidir se quer abreviar sua vida por meio da eutanásia ativa ou do suicídio assistido, se prefere que sua vida seja prolongada pelo máximo de tempo possível, ou se deseja, apenas, suspender o tratamento para que a morte chegue naturalmente. Em qualquer cenário, deverá ser assegurado seu direito de morrer dignamente.

### **3.1.5 A criminalização da eutanásia ativa direta e do suicídio assistido**

Dentre os diversos temas relacionados à autonomia para morrer, a eutanásia ativa e o suicídio assistido costumam figurar entre os mais polêmicos. No ordenamento jurídico brasileiro, por exemplo, a eutanásia passiva, como visto, não está proibida, e tampouco é possível dizer que o suicídio configura crime. O mesmo, contudo, não pode ser dito com relação ao auxílio ao assistido e à eutanásia ativa direta.

Sá e Moureira<sup>83</sup> destacam que o artigo 121 do Código Penal tipifica o ato de “matar alguém”, impondo pena de reclusão de seis a vinte anos, podendo haver sua redução de um sexto a um terço na hipótese de o agente cometer o crime por motivo de relevante valor social ou moral, nos termos do parágrafo primeiro do mesmo artigo.

Para estes autores, então, a eutanásia ativa poderá ser tipificada como homicídio privilegiado, desde que demonstrada a presença de motivação moralmente elevada por parte do autor.

---

<sup>83</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 191.

Dodge<sup>84</sup>, por sua vez, revela que os tribunais brasileiros vêm entendendo a eutanásia como hipótese de homicídio privilegiado, nos moldes acima expostos, mas, para a autora, seria possível enquadrar a prática como homicídio qualificado:

Admite-se, no entanto, que a eutanásia possa, ao mesmo tempo, caracterizar homicídio privilegiado e homicídio qualificado, cuja pena é consideravelmente superior à do homicídio simples, desde que a circunstância que qualifica o crime seja objetiva. É o caso do uso de veneno no paciente, mediante eutanásia, para causar-lhe a morte. O homicídio cometido mediante veneno sujeita a pessoa a pena de reclusão de doze a trinta anos (é o homicídio qualificado), mas poderá ser diminuída de um sexto a um terço se for considerada eutanásia (é o homicídio privilegiado). Não se admite, porém, a combinação do homicídio privilegiado com o homicídio qualificado se a exasperação da pena decorre de motivo subjetivo, como é o caso de eutanásia mediante paga ou promessa de recompensa, ou outro motivo torpe (Código Penal, art. 121-§2º-I). Os motivos subjetivos são antagônicos e, por isso, não podem justificar a um só tempo a diminuição e o aumento da pena.

Ademais, para a referida autora, seria “indiferente para a qualificação jurídica desta conduta e para a correspondente responsabilidade civil e penal que o paciente tenha dado seu consentimento, ou mesmo implorado pela medida”, uma vez que tal consentimento seria juridicamente irrelevante para a descaracterização da conduta como criminosa, já que, presentes a tipicidade, a ilicitude e a culpabilidade, seria necessária, para que a conduta fosse desqualificada como homicídio, previsão legal, o que não é o caso.

---

<sup>84</sup> DODGE, Raquel Elias Ferreira, *op. cit.*, não paginado.

Há de se destacar que existe uma proposta legislativa para a instituição de um novo Código Penal (Projeto de Lei do Senado nº 236/2012<sup>85</sup>), que, em seu artigo 122, regulamenta a questão da eutanásia de modo diverso:

#### 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.

Exclusão de ilicitude:

§2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

É possível perceber, inicialmente, que se esse projeto de lei for aprovado da maneira como se encontra redigido, a eutanásia passiva estará, expressamente, legalizada. Ainda, a eutanásia ativa direta será apenada com pena de prisão de dois a quatro anos, período bastante inferior àquele previsto para o crime de homicídio, sendo possível, ademais, nos termos do §1º, que o juiz, analisando as circunstâncias do caso e a relação de parentesco ou afeição entre o autor e a vítima, deixe de aplicar a pena.

---

<sup>85</sup> SENADO FEDERAL. *Projeto de Lei do Senado n. 236 de 10 de julho de 2012*. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3515262&ts=1553283892996&disposition=inline>. Acesso: 24 fev. 2021.

Entretanto, apesar de esses serem pontos positivos, o projeto está longe de ser suficiente para atender às demandas da questão da autonomia para morrer.

Nesse sentido, Sá e Moureira<sup>86</sup> destacam que o artigo 122, *caput*, fala, tão somente, em sofrimento físico, sem fazer qualquer menção às outras formas de sofrimento, como, por exemplo, o psicológico.

Outro ponto destacado é que o artigo diz ser necessária a manifestação da vontade da vítima, sua capacidade plena, e que seu sofrimento seja insuportável, mas não determina quem deverá fazer essa avaliação. Para os autores, os médicos do paciente seriam os mais qualificados para proceder a tal exame.

Um terceiro ponto mencionado é que o §1º do artigo 122 do Projeto de Lei nº 236/2012 prevê que a eutanásia ativa direta será crime, sendo possível o perdão judicial. A questão colocada por Sá e Moureira<sup>87</sup> é a seguinte: “Ora, quem praticará a eutanásia (pensemos no médico que detém as informações necessárias), sabendo que a atitude só não culminará na pena de prisão caso o juiz entenda que as circunstâncias do fato permitiam a realização do ato?”.

Assim, é possível perceber que, da forma como o artigo foi redigido, não haverá segurança jurídica suficiente para que a eutanásia ativa direta seja, na prática, realizada.

Para Dias<sup>88</sup>, ademais, o §2º é excessivamente restritivo ao definir a eutanásia passiva como aquela decorrente da suspensão de “meios artificiais”. O mais adequado, segundo o autor, seria indicar que o delito não

---

<sup>86</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 193.

<sup>87</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>88</sup> DIAS, Roberto. Derechos fundamentales de los pacientes al fin de la vida: de la ética médica al proyecto de código penal brasileño. *Biolaw Journal - Rivista di Biodiritto*, Trento, Università di Trento, v. 3, p. 99-116, 2015. Disponível em: <http://www.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biolaw&page=article&op=view&path%5B%5D=102&path%5B%5D=86>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 115.

estaria presente na hipótese de omissão ou suspensão dos *tratamentos médicos*, não apenas dos meios artificiais de manutenção da vida do enfermo. Dias critica, também, o fato de que o projeto não admite, de modo explícito, a eutanásia ativa indireta (ou de duplo efeito).

As colocações de Dias e de Sá e Moureira revelam, com acerto, a insuficiência das alterações legais propostas no que diz respeito à eutanásia.

Finalmente, com relação ao Código de Ética Médica, Sá e Moureira<sup>89</sup> destacam que a eutanásia ativa direta é prática, também, condenada, nos termos do *caput* do artigo 41, que veda ao médico “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”.

Já com relação ao suicídio, este não é, de acordo com a legislação pátria atual, crime. Entretanto, o artigo 122 do Código Penal determina ser típica a conduta de indução e de auxílio ao suicídio, impondo pena de reclusão de dois a seis anos na hipótese de sua consumação. A pena aplicada será, ainda, de um a três anos na hipótese de tentativa da qual resulte lesão corporal de natureza grave.<sup>90</sup>

Percebe-se, com isso, que no atual cenário jurídico brasileiro, tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia ativa direta são condutas criminalizadas, e apenadas com prisão.

Entretanto, nos parece estranho que o auxílio ao suicídio seja considerado um delito, se o suicídio não o é, lógica utilizada, inclusive, por alguns países, como Alemanha e Suíça, para a não tipificação do suicídio assistido.

---

<sup>89</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 191. Destaque-se que quando da análise realizada pelos autores, estava em vigor o Código de Ética Médica anterior, qual seja, a Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Atualmente, está em vigor a Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, mas, com relação aos dispositivos citados e analisados pelos autores, não houve alteração.

<sup>90</sup> *Idem, ibidem.*

Obrigar alguém que quer morrer a sofrer uma morte cruel, por meio de uma overdose descontrolada, ou por um tiro na cabeça, porque é crime que um médico lhe prescreva a quantidade correta de medicamentos letais que tornarão a morte do sujeito – que, destaque-se, tem autorização da lei para se suicidar –, de modo geral, muito mais digna, é um contrassenso.

Outro ponto a ser debatido é que a pena prevista para o auxílio ao suicídio é a mesma que a da indução, e muito menor do que aquela prevista para a eutanásia ativa, em razão de esta última envolver a participação ativa de um terceiro.

Aqui, surgem duas questões. Primeiramente, haveria diferença entre o ato do médico que prescreve um medicamento para que o paciente o ingira por conta própria, e o profissional de saúde que, sob expressa solicitação do enfermo, administra a substância diretamente? Será que a intervenção direta do médico tem o condão de tornar a morte do paciente menos autônoma? Retomaremos este ponto no Capítulo 4.

A segunda indagação é: será que a indução ao suicídio, uma vez que atua diretamente na autonomia do sujeito que morre, não deveria ser mais severamente punida? Acreditamos que, se é para haver alguma forma de criminalização na intervenção de terceiros no suicídio, esta deveria ser para penalizar aquele que interfere diretamente na vontade do suicida, e não aquele que auxilia a pessoa que manifestou sua vontade de morrer de maneira incontroversa a atingir o que ela, autonomamente, elegeu como melhor para si.

### **3.2 No mundo**

A eutanásia ativa direta e o suicídio assistido são práticas que, em muitos lugares, ainda são tipificadas pela lei penal, mesmo que seja possível notar alguns avanços no cenário mundial.

Um exemplo disso é o dado trazido por Singer<sup>91</sup>, segundo o qual, quando da primeira edição de seu livro “Ética Prática”, publicado em 1979, nenhum país havia legalizado a eutanásia, com a ressalva da Suíça, onde já era admitido o auxílio ao suicídio.

Hoje, como será visto, já são vários os países e estados que permitem a assistência à morte.

Existem duas formas pelas quais a eutanásia e o suicídio assistido por médicos vêm sendo permitidos: pela via legislativa, e pela via judicial.

Para Valadés<sup>92</sup>, o maior desenvolvimento sobre o assunto deriva da atividade interpretativa dos tribunais, sendo a via judicial, portanto, mais comum que a legislativa.

A Corte Constitucional Colombiana, na sentença T-970/14<sup>93</sup>, de maneira similar, após uma análise do direito comparado, também constatou que, na grande maioria dos casos, a dimensão subjetiva do direito de morrer com dignidade foi dada por meio de decisões judiciais. Após este processo de judicialização, na maioria dos países teria ocorrido uma intervenção por parte do legislador, com dois objetivos principais: (i) fornecer maior segurança jurídica e precisão técnica a alguns conceitos, e (ii) blindar, por meio da lei, a vontade do paciente, protegendo-se, também, os médicos, que ficariam mais confortáveis em atuar sabendo em que circunstâncias a prática seria considerada legal.

Na mesma ocasião, a Corte Colombiana destacou, ainda, que a regulamentação da eutanásia por meio da lei foi muito importante – nos países em que isso ocorreu – para garantir a autonomia do paciente segundo dois princípios distintos: (i) a primazia da autonomia da vontade, ou seja, a

---

<sup>91</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 237-238.

<sup>92</sup> VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 92.

<sup>93</sup> COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-970/14*, *op. cit.*

ideia de que a decisão do paciente deve prevalecer sobre a vontade de qualquer outro indivíduo, incluindo sua família e seu médico; (ii) a proteção legal dessa autonomia, de modo que foram criados, por exemplo, comitês para acompanhar os processos de decisão e exigir que a manifestação do paciente seja, realmente, autônoma.

Nesse sentido, como ensinam Samia Hurst-Majno e Alexandre Mauron<sup>94</sup>, “quanto mais liberal for um Estado em permitir que indivíduos escolham sobre suas mortes, mais prudente deverá ser na verificação de que tal escolha seja, de fato, livre”.

A seguir, veremos como alguns países tratam da temática. Não seria possível – e nem serviria ao objetivo deste livro – uma análise de todos os países do globo, de modo que serão eleitos alguns casos que consideramos mais relevantes para o debate, seja pelas questões que suscitam, seja por exemplificarem a diversidade de formas por meio das quais a questão da autonomia para morrer pode ser tratada, de modo a garantir, efetivamente, a preservação da autonomia do paciente.

### 3.2.1 Colômbia

O cenário colombiano merece destaque porque, a despeito de ter existido, no país, uma legislação penal criminalizando as práticas relacionadas à autonomia para morrer, uma série de decisões proferidas pela Corte Constitucional Colombiana ao longo dos anos levou, num primeiro momento, à autorização dessas práticas pela via judicial e, posteriormente, à elaboração de uma regulamentação permissiva sobre o tema.

---

<sup>94</sup> HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre. Assisted Suicide in Switzerland: clarifying liberties and claims. *Bioethics*, International Association of Bioethics, v. 31, n. 3, p. 199-208, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bioe.12304>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 204. Tradução nossa. O original está assim redigido: “The more liberal a state is in allowing individuals to choose the manner of their own death, the more prudent it must be in verifying that such decisions are indeed free.”

Em 1997, após a interposição de uma ação por José Eurípedes Parra Parra, a Corte Constitucional Colombiana proferiu a sentença C-239-97<sup>95</sup>, na qual foi analisada a constitucionalidade do artigo 326 do Código Penal então vigente (decreto-lei 100 de 1980)<sup>96</sup>, que previa que aquele que matasse alguém por piedade, para pôr fim a intensos sofrimentos decorrentes de lesão corporal ou enfermidade grave ou incurável, incorreria em prisão de seis meses a três anos.

Nessa ocasião, a Corte estabeleceu que a Constituição Colombiana considera a pessoa como sujeito moral e que é capaz de assumir, de maneira responsável e autônoma, suas escolhas e decisões sobre assuntos que digam respeito a ela mesma. Assim, considerando que o modo como os indivíduos enxergam a morte reflete suas próprias convicções, não caberia ao Estado obrigar o sujeito a continuar vivendo em circunstâncias extremas que ele considere incompatíveis com sua própria noção de dignidade, por imposição de uma moral ou de um sentimento religioso da maioria da sociedade. Ser obrigado a sofrer em nome das crenças de outras pessoas seria cruel e inadmissível.

A questão, ademais, deveria ser analisada a partir de uma perspectiva secular e pluralista, considerando-se a vida um bem valioso, mas não no sentido pretendido pela doutrina da santidade da vida.

Não caberia ao Estado, ademais, se opor à decisão da pessoa de não continuar vivendo, com base em sua própria concepção a respeito da dignidade – que, para a Corte, estaria totalmente relacionada à autonomia e identidade de cada um –, ou mesmo impedir o auxílio de terceiros à morte. O dever do Estado de proteger a vida existe, e não deve ser diminuído, mas

---

<sup>95</sup> COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia C-239/97*. Relator: Carlos Gaviria Diaz. Bogotá. J. em 20 maio 1997. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>96</sup> COLÔMBIA. *Decreto-lei 100 de 20 de fevereiro de 1980*. Disponível em: [https://normograma.info/men/docs/pdf/codigo\\_penal\\_1980.pdf](https://normograma.info/men/docs/pdf/codigo_penal_1980.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

essa proteção diz respeito a violações que se deem contra a vontade do titular, e não se traduz em uma obrigação de preservar a vida como um fato biológico.

Por fim, a sentença C-239/97 estabeleceu ser papel do Estado, uma vez que este não é, como dito, indiferente ao valor da vida humana, elaborar regulamentos rígidos a respeito do consentimento do paciente e da maneira pela qual a assistência à morte devem ocorrer, para que a autonomia esteja, efetivamente, presente, assegurando, inclusive, o devido oferecimento de cuidados paliativos, para que o indivíduo sinta que, se escolher permanecer vivo, sua dor será objeto de cuidado.

Ocorre que, anos após a referida decisão ter sido proferida, o Código Penal Colombiano de 2000<sup>97</sup> passou a definir o crime de “homicídio por piedade” em seu artigo 106<sup>98</sup>, de modo que aquele que matasse o outro por compaixão, com a finalidade de pôr fim a intensos sofrimentos decorrentes de lesão corporal ou enfermidade grave e incurável, incorreria em pena prisão de 1 a 3 anos, e em 2 a 6 anos no caso de crime de indução ou auxílio ao suicídio, nos termos do artigo 107<sup>99</sup>, cuja pena seria reduzida na hipótese de se tratar de pessoa com lesão corporal ou enfermidade grave e incurável, que tivesse por finalidade pôr fim a seu sofrimento.

---

<sup>97</sup> COLÔMBIA. *Lei 599 de 24 de julho de 2000*. Disponível em: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0599\\_2000.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>98</sup> As penas previstas pelo artigo eram, inicialmente, de um a três anos de prisão, mas foram aumentadas pela lei 890 de 2004, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2005, de forma que o artigo em exame passou a vigorar com a seguinte redação: “El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses”. (COLÔMBIA. *Lei 890 de 07 de julho de 2004*. Disponível em: [http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2\\_col\\_ley\\_890\\_2004.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_col_ley_890_2004.pdf). Acesso: 24 fev. 2021).

<sup>99</sup> Tal qual ocorrido com o artigo 106, também houve aumento de pena pela lei 890 de 2004, passando o artigo 107 a figurar da seguinte maneira: “El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses”. Assim, quando a indução ou auxílio ao suicídio tiver como objetivo pôr fim a intensos sofrimentos provenientes de lesão ou enfermidade grave e incurável, a prisão será mais branda.

Foi apenas em 2014, por meio da sentença T-970/14<sup>100</sup>, que o entendimento proferido pela Corte Constitucional Colombiana em 1997 voltou a ser aplicado, ao julgar o caso de uma mulher apelidada apenas de Julia (para preservar sua privacidade), e que faleceu no curso da demanda.

A Corte utilizou-se, na ocasião, do precedente da sentença C-239/97 para decidir. Com isso, entendeu que existiria um direito fundamental à morte digna, baseado na dignidade humana e na autonomia individual, e que já teria ocorrido a despenalização da eutanásia nas seguintes hipóteses: quando (i) presente o consentimento livre e informado do paciente; (ii) praticada por um médico; e (iii) o paciente sofra de uma doença terminal que lhe cause sofrimento. Presentes tais requisitos, não haveria ilegalidade na conduta e, portanto, não haveria crime.

Cumpré destacar que a Corte, na sentença, deixou claro que a eutanásia é, apenas, um procedimento a ser adotado para garantir o direito à morte digna, mas não é o único, uma vez que existem, também, o suicídio assistido, a eutanásia passiva, e os cuidados paliativos. Assim, graças a essa diversidade de práticas médicas, é possível que cada paciente, a depender de qual seja sua vontade, escolha qual atende melhor a seus interesses fundamentais.

Ao final, a Corte, além de reformar a sentença para conceder a tutela à demandante, determinou o seguinte:

QUARTO: ORDENAR ao Ministério da Saúde que no prazo de 30 dias, contados a partir da comunicação desta determinação, expeça uma diretriz e providencie todo o necessário para que Hospitais, Clínicas, Instituições Prestadoras de Saúde, Entidades Prestadoras de Saúde e, em geral, prestadores de serviço de saúde, criem o comitê interdisciplinar de que trata esta sentença e

---

<sup>100</sup> COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-970/14*, *op. cit.*

cumpram com as obrigações emanadas nesta decisão. Da mesma forma, o Ministério deve sugerir aos médicos um protocolo médico que será discutido por especialistas de diferentes disciplinas e que servirá como referência para procedimentos que garantam o direito de morrer com dignidade.

QUINTO: Instar o Congresso da República a regular o direito fundamental de morrer com dignidade, levando em consideração os pressupostos e critérios estabelecidos nesta sentença.<sup>101</sup>

Em 2015, a prática foi regulamentada por meio da resolução 1216<sup>102</sup>, em cumprimento à sentença T-970 de 2014, e tomando por base o entendimento proferido na sentença C-239 de 1997 de que o direito a viver dignamente implica o direito fundamental de morrer com dignidade.

Dois anos depois, em 2017, a Corte Constitucional Colombiana proferiu uma nova decisão, por meio da sentença T-544/17<sup>103</sup>, em que se discutiu a possibilidade de um garoto de 13 anos ser submetido à eutanásia.

Francisco (pseudônimo utilizado pela Corte para respeitar sua privacidade) possuía uma grave paralisia cerebral desde seu nascimento, que lhe acarretava inúmeros problemas de saúde, tendo sido diagnosticado com: (i) paralisia cerebral infantil espástica secundária e hipóxia neonatal; (ii) epilepsia de difícil controle; (iii) escoliose severa; (iv) displasia coxofemoral bilateral; e (v) refluxo gastroesofágico severo.

---

<sup>101</sup> Tradução nossa. O original está assim redigido: "QUARTO - Ordenar al Ministerio de Salud que en el término de 30 días, contados a partir de la comunicación de esta providencia, emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión. De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico que será discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente. QUINTO - Exhortar al Congreso de la República a que proceda a regular el derecho fundamental a morir dignamente, tomando en consideración los presupuestos y criterios establecidos en esta providencia". (COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia C-239/97, op. cit*)

<sup>102</sup> COLÔMBIA. *Resolução 1216 de 20 de abril de 2015*. Disponível em: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>103</sup> COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-544/17*. Relatora: Gloria Stella Ortiz Delgado. Bogotá, J. em 25 ago. 2017. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>. Acesso: 24 fev. 2021.

Ademais, sofria de um retardo mental grave, se comunicava verbalmente por meio do choro e com gestos faciais, não ria nem sorria, demonstrava dor por meio do choro, e desenvolvia, constantemente, doenças que tornavam sua existência cada dia mais difícil, causando grave sofrimento.

Em 18 de novembro de 2016, seus pais, que a Corte apelidou de Irene e Alfredo, propuseram uma ação para que seu filho tivesse autorização para morrer e, assim como no caso decidido por meio da sentença T-970 de 2014, Francisco também faleceu no curso da demanda.

Novamente, entretanto, a Corte entendeu que este fato não a impedia de decidir e, ao final, proferiu sentença na qual, além de reconhecer que o direito de Francisco à morte digna havia sido violado, determinou ao Ministério da Saúde e Proteção Social que, no prazo de 4 meses, tomasse todas as medidas adequadas para assegurar que os prestadores de serviços de saúde passassem a contar com comitês interdisciplinares (que deveriam incluir especialistas em crianças e adolescentes nas áreas da medicina, direito e psicologia), a fim de estender este direito a pacientes menores de idade, devendo, ademais, expedir nova regulamentação nesse sentido. Ainda, reiterou seu apelo ao Congresso Nacional para que emitisse, no prazo de dois anos, uma lei que dispusesse sobre o direito de morrer com dignidade.

O Ministério da Saúde e Proteção Social atendeu à determinação da Corte por meio da resolução 825 de 2018<sup>104</sup>, e a Colômbia se tornou o terceiro país no mundo (depois da Holanda e da Bélgica) a garantir a autonomia para morrer a crianças e adolescentes, ficando excluídos, tão somente, os menores de 6 anos, assim como aqueles com deficiências

---

<sup>104</sup> COLÔMBIA. Resolução 825 de 09 de março de 2018. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/resolucion-825-de-2018.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021..

mentais ou transtornos psiquiátricos, sendo obrigatório o consentimento dos pais entre os 12 e os 14 anos, bastando, a partir desta idade, a vontade do adolescente.<sup>105</sup>

Além das resoluções emitidas pelo referido Ministério, o Senado, em atenção às decisões supracitadas, já elaborou alguns projetos de lei sobre a eutanásia e o suicídio assistido, como os de nº 23 de 2018<sup>106</sup> e de nº 163 de 2019<sup>107</sup>, que ainda se encontram em tramitação.

Por fim, vale mencionar que, apesar de a sentença C-239/97 ter sido proferida quase duas décadas antes, o primeiro caso de eutanásia na Colômbia só teve lugar em 2015, quando Ovidio González Correa, um sapateiro de 79 anos acometido por um agressivo câncer na boca que o estava deixando sem rosto, recebeu autorização para morrer com dignidade.<sup>108</sup>

### 3.2.2 Países do Benelux

De acordo com Singer<sup>109</sup>, na década de 1980, na Holanda, foi assegurado, após uma série de processos judiciais, o direito de um médico de auxiliar um de seus pacientes a morrer, sem que fosse feita, pelos Tribunais, qualquer distinção entre a prescrição de medicamentos letais, e a administração, pelo próprio profissional, de tais substâncias.

Inclusive, o autor destaca que os médicos holandeses costumam estar presentes no momento da morte, para que possam garantir que tudo corra

---

<sup>105</sup> TORRADO, Santiago. Colômbia regulamenta eutanásia para crianças e adolescentes. *El País*, Bogotá, 11 mar. 2018. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/10/internacional/1520696972\\_962348.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/10/internacional/1520696972_962348.html). Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

<sup>106</sup> COLÔMBIA. *Projeto de lei n. 23 de 2018*. Disponível em: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos- radicados-senado/p-ley-2018-2019/1149-proyecto-de-ley-023-de-2018>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>107</sup> COLÔMBIA. *Projeto de lei n. 163 de 2019*. Disponível em: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos- radicados-senado/p-ley-2019-2020/1634-proyecto-de-ley-163-de-2019>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>108</sup> TORRADO, Santiago, *op. cit.*, não paginado.

<sup>109</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 240.

bem e, uma vez que alguns pacientes não conseguem, por seu estado de saúde, engolir ou manter no estômago os medicamentos letais prescritos, eles preferem aplicar as injeções diretamente (pela eutanásia ativa direta), garantindo que a morte ocorra da melhor maneira possível.

Já de início, essa informação merece destaque, uma vez que é comum que se fale na objeção de consciência dos médicos, que podem sentir que tirar a vida do paciente, ainda quando solicitado por este, não faz parte de sua missão como profissional de saúde.

Ainda, parece haver um certo conforto em apenas prescrever um medicamento letal para que o enfermo dê cabo à sua vida, sozinho, sem a intervenção direta de um terceiro, como se isso reduzisse sua participação ou responsabilidade pela morte. Retomaremos essa discussão no Capítulo 4.

De todo modo, tal qual aconteceu na Colômbia, na Holanda houve, como visto, uma permissão inicial à autonomia para morrer por parte do judiciário, seguida, anos depois, por uma regulamentação legal, quando, em 2001, o parlamento holandês legalizou a eutanásia e o suicídio assistido, desde que observadas certas diretrizes pelos médicos.

Na Holanda, a eutanásia é legal se:

- for feita por um médico;
- o paciente tiver solicitado explicitamente a eutanásia, de um modo que não reste dúvida de que opte pela morte de livre e espontânea vontade, que sua decisão foi tomada à luz de todos os fatos e depois de muita consideração;
- o paciente tiver um problema que cause sofrimento físico ou mental prolongado que se lhe afigure intolerável;
- não houver alternativa aceitável (do ponto de vista do paciente) e capaz de aliviar seu sofrimento;

- o médico tiver consultado outro profissional independente que esteja de acordo com sua opinião.<sup>110</sup>

Com a finalidade de assegurar a autonomia de vontade do paciente e a idoneidade profissional dos médicos e das instituições de saúde, a lei holandesa de 2001<sup>111</sup> incorporou tanto critérios estabelecidos pela jurisprudência, quanto outros estabelecidos pela autoridade governamental e pelo colegiado de médicos, passando os artigos 293 e 294 do Código Penal<sup>112</sup> a permitirem a eutanásia e o suicídio assistido, desde que respeitadas as condições legais.<sup>113</sup>

Para Singer<sup>114</sup>, por meio desses requisitos normativos, o homicídio de um paciente passa a ser altamente improvável, o que fica comprovado pelo fato de que, desde que a lei foi aprovada, diversas composições políticas estiveram no poder e não houve nenhuma tentativa de revogá-la. Não bastasse, os demais países do Benelux, Bélgica e Luxemburgo, seguiram o exemplo da Holanda e legalizaram tais práticas em 2002 e em 2008, respectivamente, o que muito provavelmente não teria acontecido se a experiência holandesa não tivesse sido positiva.

O caso da Bélgica apresenta peculiaridades bastante interessantes, que merecem destaque. Isso porque, anos após a legalização da eutanásia em 2002, em 2014, houve uma alteração da legislação<sup>115</sup>, que passou a estender o direito ao auxílio para morrer a crianças. Analisaremos o caso belga com um pouco mais de detalhe.

---

<sup>110</sup> *Idem, ibidem*, p. 260.

<sup>111</sup> HOLANDA. *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* (“*Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding*”) de 12 de abril de 2001. Disponível em: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2018-08-01>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>112</sup> HOLANDA. *Código Penal*. Disponível em: [https://www.legislationline.org/download/id/6415/file/Netherlands\\_CC\\_am2012\\_en.pdf](https://www.legislationline.org/download/id/6415/file/Netherlands_CC_am2012_en.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>113</sup> VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 102-103.

<sup>114</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 260.

<sup>115</sup> BÉLGICA. *Loi relative à l'euthanasie*, de 28 de maio de 2002.

Nos termos do artigo 2º da lei belga de 2002, a eutanásia é definida, de modo genérico, como o “ato de terceiro que intencionalmente retira a vida de uma pessoa a seu pedido”<sup>116</sup>. Não é feita uma distinção entre a eutanásia ativa direta e o suicídio assistido, de maneira que este último fica, também, autorizado, desde que o médico permaneça com o paciente até o último momento.<sup>117</sup>

Com base no artigo 3º, ainda, fica estabelecido que, para a prática da eutanásia, o paciente deverá ser maior de idade ou menor emancipado, sendo dotado de capacidade legal e consciência no momento do pedido, o qual deverá ser voluntário, ponderado, reiterado, feito sem pressões externas, por paciente com condição de saúde precária, submetido a sofrimento constante e insuportável que não possa ser aliviado, em decorrência de uma enfermidade incurável ou acidente.

Estes requisitos serão verificados por um médico especialista na patologia (o qual precisará ser independente do paciente e do profissional de saúde que estiver atuando no caso), que deverá realizar várias entrevistas com o enfermo, espaçadas por tempo considerado razoável. Em tais entrevistas, o médico irá conversar com o doente de maneira clara, para que ele fique ciente de todas as opções possíveis, inclusive quanto aos cuidados paliativos disponíveis.

Não há, ademais, distinção entre o estado terminal e a doença crônica, mas, tão somente, a especificação de que a origem da enfermidade pode ser uma doença ou um acidente.

---

<sup>116</sup> Tradução nossa. No original, o artigo 2º está assim redigido: “Art. 2. Pour l’application de la présente loi, il y a lieu d’entendre par euthanasie l’acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d’une personne à la demande de celle-ci”.

<sup>117</sup> EUTHANASIA and assisted suicide laws around the world. *The Guardian*, Reino Unido, 17 jul. 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2014/jul/17/euthanasia-assisted-suicide-laws-world>. Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

O §3º do referido artigo 3º dispõe, ainda, que a solicitação para a morte há de ser realizada por escrito, sendo que o médico deverá aguardar um mês entre a solicitação pelo paciente e a realização do procedimento, para que se assegure que o enfermo deseja, efetivamente, morrer, dando a ele uma chance de mudar de ideia nesse período.

O artigo 4º da lei, por sua vez, trata da questão das diretivas antecipadas de vontade. Outrossim, os maiores de idade e os menores emancipados poderão, de acordo com o referido dispositivo legal, dar instruções à equipe médica para que, na hipótese de serem acometidos por uma doença incurável e irreversível, e encontrando-se inconscientes, seja realizada a eutanásia, indicando-se, no mais, um procurador de saúde.

A fiscalização das condições impostas pela lei será realizada por uma Comissão Federal de Controle e Avaliação, composta por 16 membros escolhidos em razão de seus conhecimentos e experiência, a qual deverá regular e supervisionar a aplicação da lei. Oito dos membros serão médicos, dos quais metade deverá ser composta por professores universitários; quatro deverão ser professores universitários de direito, e os demais serão pessoas relacionadas a organizações envolvidas com problemas de enfermidades terminais e crônicas, conforme previsão dos artigos 5º e 6º.

Um ponto interessante da lei belga de 2002 é que seu artigo 15, de utilidade processual, determina que quem falece por meio da eutanásia morre por causas naturais, no que difere da legislação holandesa. A relevância disso é que essa qualificação da morte como natural possui impactos em matéria sucessória e contratual, já que as empresas de seguros de vida, por exemplo, geralmente se eximem de proceder ao pagamento quando a morte ocorre por ato de vontade do contratante.<sup>118</sup>

---

<sup>118</sup> VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 93.

Em 12 de dezembro de 2013, com a aprovação de um novo projeto de lei pelo Senado, promulgado em 13 de fevereiro de 2014<sup>119</sup>, houve uma alteração na legislação belga, a qual deixou de condicionar a permissão para a eutanásia à maioridade, considerando-se, nos debates parlamentares, que a capacidade de discernimento e de compreensão da situação e de suas implicações seriam mais importantes do que a idade propriamente dita.<sup>120</sup>

A Bélgica, com a aprovação desta lei, tornou-se o primeiro país no mundo a abolir todas as restrições de idade para a assistência à morte. Na Holanda, por exemplo, os critérios de idade permanecem presentes, ainda que seja possível a eutanásia de menores de idade, pois se admite que crianças com doenças terminais solicitem sua morte a partir dos 12 anos de idade, com consentimento obrigatório dos pais até os 16 anos e, após os 16 anos, bastando que os pais estejam cientes da decisão.<sup>121</sup>

Destaque-se, todavia, que a lei belga estabeleceu requisitos criteriosos para a prática da eutanásia em menores, impondo que o paciente, além de ter capacidade de discernimento, sofra de dor constante e insuportável, intratável, e que cause a morte no curto prazo. No mais, não se tratando de paciente menor emancipado, será necessário que o discernimento seja avaliado por uma equipe pediátrica multidisciplinar, o que incluirá uma consulta com um psiquiatra infantil ou psicólogo, o qual deverá conhecer o arquivo médico do paciente, e examinar e assegurar sua capacidade de discernimento, com um atestado por escrito. Finalmente, o médico responsável vai informar o paciente e seus representantes legais sobre o resultado desta consulta, e o médico assistente (que precisará estar de

---

<sup>119</sup> BÉLGICA. *Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs*, de 28 de fevereiro de 2014.

<sup>120</sup> SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui. Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema? *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 23, n. 3, p. 475-484, dez. 2015, p. 478.

<sup>121</sup> *Idem, ibidem*.

acordo com o médico responsável) deverá conversar com os responsáveis do menor e garantir que eles concordam com seu pedido.

Por fim, será necessária a elaboração de um pedido por escrito por parte da criança ou adolescente, além do consentimento dos pais ou do representante legal, sendo disponibilizado, ademais, apoio psicológico a todos os envolvidos.

Note-se que, uma vez que a lei em análise exige o consentimento escrito por parte da criança, sendo proibidos todos os pedidos apresentados por outra pessoa que não o paciente (não podem os pais ou o médico redigirem a autorização), já existe, de modo implícito, uma limitação para a prática, não por um critério etário, mas pelo nível de discernimento, já que que ficam excluídas do escopo da lei as “crianças com alterações de consciência, com déficits intelectuais, crianças muito jovens e recém-nascidos”.<sup>122</sup>

É possível concluir, então, que a única alteração relevante da legislação de 2002 com relação à legislação de 2014 é que deixa de ser utilizado o critério etário, e passa a ser utilizado o critério psicológico, em que o paciente será analisado em sua individualidade, para que se verifique se ele, com sua experiência de vida, seu sofrimento, seu nível de maturidade, etc., é capaz de compreender, com a lucidez necessária, o que significa optar pela vida ou pela morte, independentemente de sua idade.

Dentre os ordenamentos jurídicos dos diferentes países por nós analisados, a lei belga nos parece das mais interessantes. Concordamos com o posicionamento por ela externado de que um exame psicológico e uma avaliação individualizada do paciente têm maior potencial de garantir a autonomia daquele que, independentemente de sua idade, já seja capaz de se autodeterminar.

---

<sup>122</sup> *Idem, ibidem.*

No mais, ao estabelecer critérios rígidos com relação à avaliação da voluntariedade do paciente que opta pela morte, o Estado demonstra seu respeito tanto pelo valor da vida, quanto pela autonomia do paciente.

No Capítulo 4 retomaremos a discussão acerca da possibilidade de o menor de idade decidir sobre sua saúde e, em última instância, sobre viver ou morrer, quando tratarmos da recusa da transfusão de sangue por crianças e adolescentes Testemunhas de Jeová.

De todo modo, já podemos adiantar, com relação a crianças e adolescentes que possuam enfermidades terminais e incuráveis, submetidos a intenso sofrimento, que a Bélgica parece oferecer uma solução que assegura, na maior medida possível, que a autonomia do paciente, ainda quando este seja menor de idade, seja respeitada, e que isso se dê de forma segura e específica para cada caso.

### **3.2.3 Canadá**

Em fevereiro de 2015, a Suprema Corte Canadense decidiu, no caso *Carter v. Canada*<sup>123</sup>, que os artigos 241, b e 14 do Código Penal Canadense deveriam ser anulados, em atendimento à Carta Canadense de Direitos e Liberdades (*Canadian Charter of Rights and Freedoms*). Assim, os trechos que proibiam a morte assistida por médicos perderam sua vigência.

Novamente, aqui, temos um exemplo do Poder Judiciário atuando antes do Poder Legislativo para legalizar práticas relacionadas à autonomia para morrer.

No caso em questão, que teve origem em 2009, Gloria Taylor foi diagnosticada com esclerose lateral amiotrófica (ELA) – responsável por causar fraqueza muscular progressiva – e decidiu que não queria morrer

---

<sup>123</sup> CANADÁ. SUPREME COURT OF CANADA. *Case number 35591 (Carter v. Canada)*. Disponível em: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>. Acesso: 22 fev. 2021.

lentamente. A sentença proferida acabou por declarar, então, que a assistência médica para morrer é, em determinadas circunstâncias, um verdadeiro direito fundamental, indo contra a legislação penal canadense que, até aquele momento, considerava como criminosa a conduta de ajudar outra pessoa a acabar com sua vida.<sup>124</sup>

O problema analisado pela sentença foi o seguinte: uma vez que o auxílio ao suicídio era crime, pessoas acometidas por doenças graves e incuráveis não podiam pedir assistência médica para morrer, sendo obrigadas a fazer uma escolha que ninguém deveria ter que fazer: cometer, por conta própria, o suicídio – o que implica, geralmente, a utilização de meios violentos e inseguros que, se não forem efetivos, têm o condão de piorar, em muito, seu quadro de saúde –, ou abrir mão de seu direito de exercer qualquer controle sobre a forma e o momento de sua morte, escolha esta, também, extremamente cruel. Na sentença, inclusive, consta o relato de uma pessoa que, com uma arma na mão, estava pronta para atirar em sua cabeça, mas não conseguiu ir adiante, por considerar essa maneira de morrer repugnante, e entender que deveria haver uma opção melhor.

Diante deste cenário, foram anulados os artigos 241, b e 14 do Código Penal Canadense, que proibiam que uma pessoa adulta que (i) claramente consentiu com sua morte; e (ii) tem uma condição médica grave e incurável (considerando os tratamentos que estaria disposta a aceitar), causadora de sofrimento intolerável, solicitasse ajuda médica para morrer.

---

<sup>124</sup> MARTÍNEZ, Fernando Rey. La ayuda médica a morir como derecho fundamental: Comentario crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de Febrero de 2015, asunto Carter v. Canadá. *Biolaw Journal – Rivista di Biodiritto*, Trento, Università di Trento, v. 2, p. 245-260, 2015. Disponível em: <http://www.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biolaw&page=article&op=view&path%5B%5D=90&path%5B%5D=78>. Acesso em 23 fev. 2021, p. 246-247.

A Corte deu ao governo até o dia 06 de junho de 2016 para elaborar uma nova lei, de modo que, nesta data, o Parlamento aprovou uma legislação federal que permitia que adultos canadenses recebessem auxílio médico para morrer. Nesta ocasião, tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido passaram a ser permitidos.

Segundo a lei, poderão fornecer assistência os médicos e os enfermeiros (em províncias em que a atuação destes últimos for prevista). Além disso, será permitido o auxílio de farmacêuticos, membros da família ou outras pessoas para quem o paciente peça ajuda, e prestadores de cuidados de saúde que assistam médicos ou enfermeiros. Tais pessoas não serão penalizadas desde que sigam os critérios previstos na lei e, ademais, ninguém poderá ser obrigado ao auxílio, sendo admitida a escusa de consciência.

Há duas formas de assistência previstas no Canadá que incluem, ambas, um médico ou um enfermeiro que: (i) administra uma substância letal diretamente (eutanásia direta ativa, que vem sendo chamada pelos canadenses de “assistência médica administrada pelo médico ao morrer” ou *clinician-administered medical assistance in dying*); ou (ii) fornece ou prescreve uma droga que o paciente tomará ele próprio (suicídio assistido, que vem sendo chamado pelos canadenses de “assistência médica autoadministrada para morrer” ou *self-administered medical assistance in dying*).

Os critérios apresentados pela lei para o recebimento do auxílio médico são: (i) ser elegível para serviços de saúde financiados pelo governo federal, ou por uma província ou território; (ii) ter, ao menos, 18 anos de idade e ser mentalmente capaz; (iii) ter uma condição de saúde grave e incurável; (iv) solicitar, voluntariamente, assistência para morrer, sem qualquer pressão ou influência externa; e (v) apresentar seu consentimento informado para receber assistência médica para morrer (isso será

feito em duas ocasiões: no momento do pedido, e imediatamente antes da morte), sendo que tal consentimento poderá ser revogado a qualquer momento. O pedido deverá ser escrito, e deverá haver um período de pelo menos dez dias entre a solicitação e a realização do procedimento, para que o paciente possa ter certeza de que deseja morrer. O período de dez dias não precisará ser respeitado se dois médicos ou enfermeiros concordarem que a morte está se aproximando rapidamente, ou que o paciente está próximo de perder sua capacidade para prestar seu segundo consentimento.

A consequência da obrigatoriedade de se dar o consentimento duas vezes (uma no momento do pedido, e outra logo antes da assistência médica à morte) é a necessidade de que o paciente esteja lúcido no momento final. Essa determinação, apesar de se prestar a fornecer uma maior segurança ao paciente (assegurando que sua vontade seja, realmente, autônoma), apresenta alguns problemas.

O caso de Audrey Parker ganhou bastante repercussão no Canadá. Ex-maquiadora de um programa de televisão, aos 57 anos, depois de uma batalha de três anos contra um câncer de mama terminal, Parker decidiu encerrar sua vida, e teve que antecipar o momento de sua morte para se enquadrar nos requisitos da legislação canadense.<sup>125</sup>

Isso porque, apesar de Audrey ter sido considerada elegível para o suicídio assistido, um dos requisitos trazidos pela lei, como visto, é que ela precisaria estar lúcida o suficiente para dar seu consentimento no momento imediatamente anterior à sua morte. Assim, ela teria que garantir que a morte ocorreria antes que sua higidez mental fosse perdida, o que

---

<sup>125</sup> COLETTA, Amanda. The right time to die: Canada's law allowing physician-assisted suicide faces criticism over restrictions. *The Washington Post*, Washington D.C., 15 nov. 2018. Disponível em: [https://www.washingtonpost.com/world/2018/11/15/right-time-die-canadas-law-allowing-physician-assisted-suicide-faces-criticism-over-restrictions/?utm\\_term=.c5a7cc3f4a6d](https://www.washingtonpost.com/world/2018/11/15/right-time-die-canadas-law-allowing-physician-assisted-suicide-faces-criticism-over-restrictions/?utm_term=.c5a7cc3f4a6d). Acesso: 24 fev. 2021.

poderia acontecer em razão do desenvolvimento da doença e dos medicamentos por ela utilizados. Por este motivo, ainda que ela desejasse esperar que o final do ano passasse para que pudesse ter, ao menos, um último natal com sua família, se ela esperasse demais correria o risco de não conseguir dar o segundo consentimento e, dessa maneira, ficar impossibilitada de morrer em seus próprios termos. Com isso, ela foi “forçada” a morrer antes da hora que gostaria, e não teve o último natal que desejava.<sup>126</sup>

O motivo das críticas à lei canadense parece claro: a necessidade de se prestar o consentimento ao suicídio assistido ou à eutanásia duas vezes, sem que seja possível, por exemplo, manifestar essa vontade antecipadamente por meio de um testamento vital, força os pacientes a fazerem uma escolha cruel. Essa discussão será retomada no Capítulo 4, quando trataremos das diretivas antecipadas de vontade deixadas por pessoas que desenvolveram, posteriormente, alguma forma de demência.

### **3.2.4 Estados Unidos da América**

No caso do Estados Unidos, é importante que destaquemos, desde o início, que não existe, por conta da autonomia federativa dos estados, um tratamento homogêneo do tema da morte digna.

Nos estados do Oregon e de Washington, o suicídio assistido por médicos foi legalizado após aprovação da prática pela maioria dos eleitores, via referendos de iniciativa popular.<sup>127</sup>

Note-se que o estado do Oregon legalizou o suicídio assistido primeiro e, após monitorar os resultados dessa legalização, Washington

---

<sup>126</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>127</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 238.

seguiu o exemplo, referendando, em 2008, uma lei muito semelhante à de seu vizinho.<sup>128</sup>

Nesse sentido, desde a legalização pelo Oregon, por meio do primeiro *Death with Dignity Act*<sup>129</sup>, em vigor desde 27 de outubro de 1997, não houve nenhuma evidência de qualquer má utilização ou abuso do auxílio ao suicídio. Inclusive, diversos outros estados norte-americanos decidiram, também, seguir o exemplo de referida legislação.

Atualmente, os seguintes estados também já autorizaram a prática: Califórnia (*End of Life Option Act*; aprovado em 2015, em vigor desde 2016); Colorado (*End of Life Options Act*; 2016); Havaí (*Our Care, Our Choice Act*; 2018/2019); Vermont (*Patient Choice and Control at the End of Life Act*; 2013); Washington, D.C. (*D.C. Death with Dignity Act*; 2016/2017); Maine (*Death with Dignity Act*; 2019); e Nova Jérsei (*Aid in Dying for the Terminally Ill Act*; 2019).

Note-se que todos os estados norte-americanos mencionados acima adotam os modelos legislativos do *Death with Dignity*<sup>130</sup>, uma organização sem fins lucrativos que, tomando por base a legislação do Oregon, oferece uma “fórmula” para que os demais estados legalizem, também, a prática.

De modo geral, em todos os atos citados, fica permitido ao indivíduo maior de 18 anos, capaz, residente no estado em questão, e que possua uma enfermidade terminal (cuja expectativa de vida não exceda seis meses), solicite, por escrito, na presença de duas testemunhas, um

---

<sup>128</sup> *Idem, ibidem*, p. 260-261.

<sup>129</sup> OREGON. DEATH WITH DIGNITY. *The Oregon Death with Dignity Act de 27 de outubro de 1997*. Disponível em: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/statute.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>130</sup> DEATH WITH DIGNITY. *Death with Dignity Acts*. Disponível em: <https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/>. Acesso em 24 fev. 2021.

medicamento para morrer. Ao final dos documentos, estão presentes modelos de formulários para serem preenchidos pelo paciente e pelas testemunhas.

Diversamente da Bélgica, em que o médico precisa ficar com o paciente durante todo o processo de sua morte, ainda quando este último ingira a substância letal por conta própria, no caso do Oregon, aquele que solicita o suicídio pode pegar o medicamento e tomá-lo sozinho em casa, por exemplo.<sup>131</sup>

Cumprе destacar, ainda, que, em Montana, apesar de não ter sido, até o momento, elaborado um ato para a morte com dignidade como nos estados acima citados, a opção pelo encerramento da vida é permitida em razão de uma decisão judicial.

Nesse sentido, em dezembro de 2009, a Suprema Corte de Montana decidiu, por cinco votos a dois, no caso *Baxter v. Montana*<sup>132</sup>, que não havia qualquer previsão legal no estado que proibisse que médicos honrassem a vontade de morrer de doentes terminais capazes, prescrevendo medicamentos que acelerassem sua morte. A Corte chegou a essa conclusão por entender que haveria muito pouca diferença prática entre a retirada do suporte vital do paciente e a prescrição de um medicamento letal. Voltaremos a essa questão – sobre se haveria uma diferença fundamental entre a eutanásia ativa, passiva e o suicídio assistido – no Capítulo 4.

Um último ponto interessante com relação aos Estados Unidos é que o testamento vital foi legalizado, pela primeira vez, no Estado da Califórnia, no dia 1º de outubro de 1976 (*Natural Death Act*) e, em 1991, 42 estados norte-americanos já reconheciam seu valor jurídico, concedendo

---

<sup>131</sup> EUTHANASIA and assisted suicide laws around the world, *op. cit.*, não paginado.

<sup>132</sup> ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. SUPREMA CORTE DE MONTANA. *Baxter v. Montana*. Relator: Justice W. William Leaphart. J. em 31 dez. 2009. Disponível em: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2015/12/Baxter-Decision-December-2009.pdf>. Acesso: 23 fev. 2021.

imunidade civil e criminal aos profissionais de saúde que o acatassem. Ademais, o *Patient Self-Determination Act* de 1991 determina que os estabelecimentos de saúde com financiamento federal informem aos seus pacientes sobre os cuidados de saúde, sobre seu direito de consentir ou recusar tratamentos, e sobre a possibilidade de elaborar diretivas antecipadas de vontade.<sup>133</sup>

### 3.2.5 Austrália

Na Austrália, país formado por estados e territórios, os primeiros possuem autonomia legislativa, enquanto os segundos devem se submeter à legislação federal. Tal qual nos Estados Unidos, não existe, tampouco, homogeneidade na regulamentação do tema da morte assistida no país.

Em 1995, o Território do Norte, por uma pequena margem de votos, permitiu, com a aprovação da “Lei para a Eutanásia”, a eutanásia ativa direta e, em seguida, outros dois territórios australianos aprovaram a prática com margens de voto parecidas. Diante disso, foram interpostas ações judiciais para tentar impugnar tais leis, mas sem êxito.<sup>134</sup>

Em 1996, então, o Parlamento australiano editou uma “lei sobre as leis de eutanásia” (*Eutanasia Laws Bill*), por meio da qual decidiu que os territórios que haviam legislado sobre a matéria estavam proibidos de fazê-lo, invalidando as normas locais expedidas.<sup>135</sup>

Foi apenas em 2017 que a eutanásia e o suicídio assistido passaram a ser permitidos na Austrália novamente, quando o estado de Vitória aprovou o *Voluntary Assisted Dying Act 2017*<sup>136</sup>, que entrou em vigor em junho

---

<sup>133</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias, *op. cit.*, 2004, p. 242-243.

<sup>134</sup> VALADÉS, Diego, *op. cit.*, p. 118-119.

<sup>135</sup> *Idem*, *ibidem*.

<sup>136</sup> VITÓRIA. *Voluntary Assisted Dying Act 2017*. Disponível em: <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/17-61aa004%20authorised.pdf>. Acesso: 23 fev. 2021.

de 2019. Diversamente do que havia ocorrido em 1995, por não se tratar de território submetido à legislação federal, estava presente a autonomia necessária para a elaboração da lei em questão.

Trata-se de lei extensa, em que são estabelecidos inúmeros requisitos para a autorização do auxílio para morrer, dentre os quais: (i) o paciente deve ser um adulto capaz, residente em Vitória há pelo menos doze meses; (ii) deve estar acometido por uma doença ou condição incurável que cause a morte dentro de semanas ou meses – não excedendo 6 meses, a não ser que a pessoa tenha sido diagnosticada com uma doença neurodegenerativa, quando o limite para a expectativa de vida será de 12 meses –, que cause sofrimento insuportável e que não possa ser aliviado; (iii) o diagnóstico de doença mental não é suficiente para que a pessoa seja elegível para o auxílio; (iv) é necessário fazer três solicitações, sendo que uma deverá ser por escrito, na presença de uma testemunha (ao final do texto, constam diversos modelos de formulários para serem preenchidos por todas as partes envolvidas); (v) o médico não pode sugerir, antes do paciente, que o suicídio seja realizado; e (vi) é necessária a avaliação por dois médicos experientes, sendo que um deverá ser especialista – a lei traz uma série de determinações especificando os critérios para os médicos serem assim considerados –, por meio da qual se determinará a elegibilidade do paciente.

A princípio, a morte deverá ocorrer por ação do enfermo, o qual receberá medicamentos que, até a data do uso, deverão ser mantidos em uma caixa trancada; mas, se o indivíduo estiver incapacitado fisicamente de ingerir a substância por si mesmo, o médico poderá aplicar a injeção letal.

É possível perceber que os requisitos e os procedimentos burocráticos trazidos pela lei a serem atendidos por todos aqueles que participam do processo são bastante extensos, o que tem a vantagem de garantir, com

maior segurança, que a vontade manifestada pelo paciente seja, efetivamente, livre e autônoma, mas, por outro lado, pode criar obstáculos exagerados para aqueles que desejam morrer.

Recentemente, a Austrália Ocidental seguiu o exemplo de Vitória e aprovou, também, uma legislação permitindo a assistência à morte, que deverá entrar em vigor em julho de 2021<sup>137</sup>. Trata-se do *Voluntary Assisted Dying Act 2019*<sup>138</sup>, legislação, também, bastante extensa, e ainda mais rigorosa que a primeira, levando autores como Rosalind McDougall e Bridget Pratt<sup>139</sup> a questionarem se, com os extensos critérios criados por tais leis, o acesso igualitário a elas por parte de pacientes não estaria sendo injustamente restringido.

### 3.2.6 Suíça

A Confederação Suíça, tal qual os Estados Unidos e a Austrália, é também marcada por uma autonomia ímpar no que diz respeito aos seus cantões, havendo, inclusive, quatro regiões no país, cada uma com sua própria língua e cultura. Contudo, no que diz respeito à autonomia para morrer, existe uma certa unidade no país, que, tradicionalmente, não legisla sobre o tema.<sup>140</sup>

---

<sup>137</sup> Informações disponíveis no site do Departamento da Saúde do Governo da Austrália Ocidental: <https://ww2.health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying>. Acesso em 23 fev. 2021.

<sup>138</sup> AUSTRÁLIA OCIDENTAL. *Voluntary Assisted Dying Act 2019*. Disponível em: [https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc\\_42491.pdf/\\$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement). Acesso: 23 fev. 2021.

<sup>139</sup> MCDUGALL, Rosalind; PRATT, Bridget. Too much safety? Safeguards and equal access in the context of voluntary assisted dying legislation. *BMC Med Ethics*, v. 21, n. 38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00483-5>. Acesso: 23 fev. 2021.

<sup>140</sup> Apesar disso, existe um esforço por parte de alguns cantões suíços nesse sentido. É o caso, por exemplo, de Vaud, que, desde 2013, em sua legislação, especifica direitos e deveres em relação a pedidos de suicídio assistido feitos por pacientes em instituições de saúde estatais e subsidiadas pelo Estado. Trata-se, portanto, de uma regulamentação de aplicação específica a instituições de saúde pública reconhecidas como de interesse público. Em suma, o artigo “27 d” da lei de 29 de maio de 1985 sobre saúde pública de Vaud determina que as instituições de saúde pública reconhecidas como de interesse público não podem recusar a assistência ao suicídio, quando solicitada por um paciente, se for possível verificar que ele possui: (i) capacidade de discernimento e que sua vontade de morrer é persistente; (ii) uma doença grave ou incurável, ou sequelas decorrentes de um acidente. Ainda, deverão ser discutidas alternativas com o paciente, especialmente aquelas relacionadas aos cuidados paliativos. (HURST-MAJNO,

Inclusive, para Hurst-Majno e Mauron<sup>141</sup>, uma das maiores críticas que se costuma fazer à Suíça é que, ante a falta de clareza acerca da situação legal e sua extrema liberalidade, inúmeros estrangeiros visitam o país para conseguirem morrer dignamente – seja porque seu país de origem não permite o suicídio assistido ou a eutanásia ativa direta, seja porque possui requisitos muito restritivos nos quais eles não se encaixam –, no chamado “turismo do suicídio”.

O que está por trás das críticas direcionadas ao modelo suíço, para os autores, é o fato de não existir qualquer regulamentação legal a respeito do envolvimento de um médico para a realização do procedimento, sendo que, na maior parte dos casos, o auxílio acaba sendo prestado por associações defensoras do direito de morrer. Inclusive, no país, grande parte das normas sobre o tema decorre de diretrizes éticas estabelecidas no âmbito da medicina, ou são estabelecidas por essas associações.

A legitimação da assistência ao suicídio na Suíça, tal qual ocorre na Alemanha, decorre de não ser o suicídio conduta tipificada como crime. A única restrição feita pela lei com relação ao tema está no artigo 115 do Código Penal<sup>142</sup>, que pune “quem, por motivo egoísta, tenha incitado uma pessoa ao suicídio, ou a tenha ajudado na prática do suicídio”. *A contrario sensu*, quem ajuda terceiro capaz a se suicidar por razões altruístas não pratica ato ilícito.<sup>143</sup>

---

Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 206). Outras informações sobre as tentativas da regulamentação do suicídio assistido na Suíça podem ser encontradas em no artigo escrito por Sibilla Bondolfi na plataforma eletrônica suíça de notícias “Swissinfo”. (BONDOLFI, Sibilla. Livro para morrer: porque a Suíça não quer regulamentar o suicídio assistido. *Swissinfo*, 20 de março de 2019. Disponível em: <https://www.swissinfo.ch/por/livre-para-morrer-porque-a-su%C3%AD%C3%A7a-n%C3%A3o-quer-regulamentar-o-suic%C3%ADdio-assistido/44826812>. Acesso: 22 fev. 2021).

<sup>141</sup> HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 199-202.

<sup>142</sup> “Art. 115. Homicide/Incitation et assistance au suicide. Incitation et assistance au suicide. Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire”. (SUÍÇA. *Code pénal suisse du 21 décembre 1937*. Disponível em: <https://www.droit-bilingue.ch/rs/lex/1937/00/19370083-index-fr-it.html>. Acesso: 24 fev. 2021).

<sup>143</sup> HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 199-202.

Note-se, neste ponto, que, com relação à eutanásia ativa direta, existe um dispositivo no Código Penal Suíço que a proíbe expressamente, qual seja, o artigo 114<sup>144</sup>. Assim, apenas o suicídio assistido é permitido no país. De todo modo, a penalidade para a morte causada por compaixão à vítima, sob sua solicitação, é de, no máximo, 3 anos de prisão, podendo, inclusive, ser substituída por multa, ou seja, trata-se de penalidade bastante reduzida.

Hurst-Majno e Mauron<sup>145</sup> destacam, ademais, que antes do Iluminismo havia, na Europa, uma proibição total ao suicídio: na Europa continental durante o século XIX e, por muito mais tempo, nos países que adotam o sistema da *common-law* (até 1961, no caso da Inglaterra). Com a retirada da prática dos códigos criminais, deixou de existir uma obrigação legal de se abster de se suicidar, tornando possível concluir que está presente um “privilégio” (ou uma liberdade)<sup>146</sup> de se cometer o suicídio.

---

<sup>144</sup> “Art. 114. Homicide/Meurtre sur la demande de la victime. Meurtre sur la demande de la victime. Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d’une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d’une peine pécuniaire”.

<sup>145</sup>HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 201.

<sup>146</sup> Com a finalidade de ilustrar o “modelo suíço” de forma mais clara, Hurst-Majno e Mauron se utilizam do modelo de “incidentes de Hohfeld” (HOHFELD, Wesley Newcomb. *Fundamental Legal Conceptions as Applied in Judicial Reasoning*. The Yale Law Journal, New Haven, Yale Law School, v. 26, n. 8, 1917, p. 710-770), modificado por Leif Wenar (WENAR, Leif. The Nature of Rights. *Philosophy and Public Affairs*, v. 33, n. 3, jun. 2005, p. 223-253, disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.2005.00032.x>. Acesso: 23 fev. 2021), por entenderem que tal modelo explicaria melhor como funciona o suicídio assistido na Suíça.

De forma bastante resumida, de acordo com esta teoria, haveria quatro tipos de incidentes: privilégios (ou liberdades), reivindicações, poderes e imunidades.

O primeiro incidente, o privilégio, diz respeito a um direito de liberdade. Assim, se “A” tem direito a “F”, “A” não tem a obrigação de não fazer “F” (sendo “F” um verbo na forma ativa). Significa dizer que não existe, no caso, um dever de abstenção, podendo “A” optar por fazer “F” ou por não fazer “F”. Por exemplo: “A” tem direito à liberdade de expressão se for livre para se expressar publicamente, de modo que poderá escolher se expressar, mas também poderá optar por ficar em silêncio.

O segundo conceito, de reivindicação, diz respeito a algo que pode ser exigido de outra pessoa, ou seja, de uma obrigação desta outra pessoa para conosco. Assim: “A” tem o direito de que “B” faça “F”, ou seja, “B” tem um dever para com “A” de fazer “F”. No direito de reivindicação existem três elementos: a ação, o titular do direito de reivindicar, e o sujeito que tem o dever para com o titular de realizar a ação em questão. Por exemplo: “A” tem o direito à integridade corporal se outros (“B”) têm a obrigação de não ferir esta integridade.

Tanto privilégios quanto reivindicações seriam relações de primeira classe, ou seja, direitos sobre pessoas e coisas.

Já a segunda classe de relações envolve os dois últimos incidentes: poderes e imunidades. Eles são meta-direitos, possuindo por objeto as relações da primeira classe (são direitos sobre os direitos da primeira classe). Assim, poderes conferem autoridade para modificar os privilégios e reivindicações da primeira classe, enquanto imunidades

Assim, segundo os autores, na Suíça, a descriminalização do suicídio assistido decorre, justamente, da falta de criminalização do suicídio propriamente dito:

Atualmente, como visto, o Código Penal Suíço não inclui, no artigo 115 supracitado, o crime de auxiliar ou incentivar o suicídio, apenas torna o motivo egoístico daquele que presta o auxílio uma condição para a existência do crime, de modo que, com base no princípio *nulla poena sine lege*, existe um privilégio expresso ao auxílio – desde que altruístico – ao suicídio. Com base nisso, a jurisprudência suíça vem confirmando que o auxílio ao suicídio de pessoa capaz para decidir, e que possui o desejo de morrer, não pode ser penalizado com base no artigo 115.<sup>147</sup>

Ademais, os autores sustentam que não há, em contrapartida a essa liberdade, deveres como aqueles existentes em locais como Inglaterra e Alemanha, em que existem restrições legais secundárias, como “Leis de Bom Samaritano” que obriguem a salvar vidas, ou diretrizes profissionais que coloquem médicos em risco de perderem suas licenças.<sup>148</sup>

Diversamente da Alemanha – que será vista a seguir – o direito do médico de assistir ao suicídio é solidamente estabelecido na Suíça. Os médicos têm deveres adicionais em relação aos assistentes leigos, mas esses deveres são aqueles inerentes à prática diligente da medicina, podendo, por exemplo, prescrever medicamentos letais como se fossem quaisquer outros. Em outras palavras, o poder investido no médico para prescrever uma receita para uma substância controlada estende-se aos casos em que

---

possuem a função oposta, de proteger os direitos da primeira classe contra violações e anulações. Por exemplo: uma corte criminal tem o poder de retirar o privilégio de ir e vir de um cidadão, por meio de uma sentença de prisão. Por outro lado, cidadãos possuem imunidades contra prisões sem determinação judicial, ou seja, imunidade contra a revogação de seu privilégio de ir e vir. Assim, privilégios e poderes são direitos ativos que permitem que se realize determinada ação, ao passo que reivindicações e imunidades são direitos passivos, que possuem expectativas de que outros realizem ou deixem de realizar determinada ação (HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 200-201).

<sup>147</sup> *Idem, ibidem*, p. 202.

<sup>148</sup> *Idem, ibidem*, p. 208.

tais substâncias tenham por objetivo causar a morte voluntária. Desde que as regras ordinárias de conduta profissional sejam cumpridas, os termos da escolha de fornecer, ou não, drogas para o suicídio assistido não são substancialmente diferentes para os médicos e para outros cidadãos.<sup>149</sup>

De todo modo, com relação à assistência ao suicídio por médicos, muitas das normas aplicáveis têm origem jurisprudencial. Em uma decisão proferida em 2006 pelo Tribunal Federal, por exemplo, ficou estabelecido o seguinte: (i) a motivação de todos aqueles que prestam a assistência, independentemente da profissão, deve ser altruística – nos termos do artigo 115 do Código Penal; (ii) a pessoa deve ser capaz de decidir e deverá, ela própria, ingerir a droga letal que causará sua morte; (iii) apesar de o suicídio assistido não fazer parte da atividade médica, um médico pode escolher fornecer tal assistência, com garantias legais específicas. Assim, ele deve obedecer ao compromisso legal de seguir regras reconhecidas pela ciência médica, o que implica, de acordo com a jurisprudência, um diagnóstico, uma conversa profunda com o paciente, a indicação de um tratamento, e uma verificação meticulosa da capacidade do paciente de decidir encerrar sua vida. O Tribunal Federal não impõe, como requisito, que o paciente sofra de uma doença terminal para que possa ser legitimamente auxiliado por um médico para o suicídio, mas existem diretrizes éticas da Academia Suíça de Ciências Médicas nesse sentido.<sup>150</sup>

Na Suíça, ademais, exige-se que o paciente possua uma capacidade genérica para a vida civil, como para fazer uma compra, consentir com uma intervenção médica, casar ou escrever um testamento, sendo esta capacidade presumida no caso de adultos e adolescentes. Ainda, é necessário

---

<sup>149</sup> *Idem, ibidem*, p. 202-203.

<sup>150</sup> *Idem, ibidem*, p. 202.

que a escolha seja autodeterminada e livre, e não resulte de depressão – que, caso esteja presente, deverá ser tratada –, doença mental, ou outros fatores que prejudiquem a autonomia.<sup>151</sup>

No mais, sobre a questão da necessidade de o paciente ter, ou não, que possuir uma doença terminal e incurável para que possa receber auxílio ao suicídio, não há, na lei, qualquer determinação nesse sentido. Entretanto, muitos médicos acabam recusando a assistência a pacientes se não estiver presente a terminalidade, e parte das associações de auxílio ao suicídio também exige, na prática, a presença dessa condição.

Com relação à recusa médica ao fornecimento de medicamentos letais para o auxílio ao suicídio de pacientes não terminais<sup>152</sup>, ficou famoso na jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos o caso *Gross v. Switzerland*<sup>153</sup>, no qual a falta de clareza na legislação suíça sobre as circunstâncias em que o suicídio assistido seria permitido foi criticada pela Corte Europeia, justamente por não ser possível determinar se um paciente sem uma doença terminal teria o direito de encerrar sua vida com a assistência de um médico.

Alda Gross, a autora da demanda, queria morrer há anos, mas não encontrava nenhum médico que lhe prescrevesse uma substância letal, uma vez que não possuía nenhuma condição de saúde grave a justificar sua decisão. Seu psiquiatra chegou a atestar sua capacidade para decidir sobre sua morte, mas preferiu não fornecer, ele próprio, a assistência ao suicídio, pois entendia que haveria, no caso, uma mistura de papéis.

---

<sup>151</sup> *Idem, ibidem*, p. 204-205.

<sup>152</sup> Grande parte dos suicídios assistidos se utilizam de uma substância conhecida por barbitúrico, a qual, para proteção contra o uso indiscriminado, só pode ser obtida com prescrição médica. (HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 205)

<sup>153</sup> CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. *Case of Gross v. Switzerland*. Disponível em: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-119703>. Acesso: 24 fev. 2021.

Ela processou o governo suíço, argumentando que ele deveria garantir a prestação do auxílio, e o caso chegou à Corte Europeia de Direitos Humanos. Entretanto, antes que a ação tivesse fim, Gross conseguiu que a clínica *Exit* a assistisse no procedimento e, sem tomar conhecimento do óbito, a Corte proferiu decisão em que apontou que o fato de a Suíça não estabelecer, com clareza, se a presença de uma enfermidade grave seria fator determinante ou não para a autorização do auxílio ao suicídio leva, na prática, muitos médicos a negarem os pedidos daqueles que, tão somente, desejem exercer seu direito de morrer, sem que exista uma doença por trás para justificar o fato.

A Corte preferiu não entrar no mérito de definir quais devem ser os parâmetros para que surja um direito a esse auxílio, já que, para ela, cabe à Suíça estabelecer, internamente, em que circunstâncias o suicídio assistido deve ser permitido e, em contrapartida, reivindicado por aquele que deseja morrer.

Com relação às associações de auxílio ao suicídio, um dos exemplos mais famosos mundialmente é o da clínica *Dignitas*<sup>154</sup>, que traz, em seu regulamento, a exigência de que a pessoa que solicita o suicídio possua pelo menos uma das seguintes condições: (i) uma doença terminal; (ii) uma debilidade insuportável e incapacitante; ou (iii) uma dor incontrolável e insuportável. Não é necessário que o paciente seja suíço.

Além do fato de essa associação aceitar assistir estrangeiros, ela possui outra peculiaridade marcante: a cobrança de valores exorbitantes de seus assistidos.

Nesse sentido, além do custo para se associar de 200 francos suíços e de uma cobrança anual de 80, para solicitar o suicídio assistido deve ser

---

<sup>154</sup> DIGNITAS. *Página oficial*. Disponível em: [http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&lang=en](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&lang=en). Acesso: 24 fev. 2021.

adiantado um valor de 4.000 francos, sem que haja qualquer garantia de que o procedimento será aprovado. Ainda, deverão ser pagos mais 1.000 francos destinados a duas consultas médicas, e mais 2.500 para despesas com um acompanhante. Se o paciente quiser, pode pagar 2.500 francos suíços para o funeral e cremação, e mais 500 para que a *Dignitas* realize os procedimentos oficiais após a morte.<sup>155</sup>

Já a clínica *Exit A. D. M. D. Suisse Romande*<sup>156</sup> prevê, como condições para auxiliar no suicídio, que: (i) a solicitação seja feita por paciente com discernimento; (ii) a solicitação seja séria e reiterada; (iii) a doença do paciente seja incurável; (iv) o paciente possua um sofrimento físico ou psicológico insuportável; (v) o prognóstico de sua doença seja de terminalidade, ou de uma séria debilidade; (vi) ele esteja sofrendo por múltiplas doenças crônicas em razão de doença avançada; (vii) ele tenha uma permissão de residência na Suíça. Apesar de tais requisitos constarem na brochura da clínica, foi com seu auxílio que Alda Gross conseguiu, finalmente, morrer, mesmo sem qualquer doença a justificar o procedimento. Nenhum valor é cobrado por esta associação para a realização da assistência.

Por fim, há de se mencionar a *Eternal Spirit*<sup>157</sup>, clínica na qual foi realizado o suicídio assistido de David Goodall, cientista australiano de 104 anos que queria pôr fim à sua vida, apenas porque tinha cansado de viver, sem qualquer condição de saúde a justificar sua solicitação.

---

<sup>155</sup> A associação alega que esses valores são necessários para a manutenção da associação, que não possui fins lucrativos, de modo que não haveria motivo egoístico na prestação da assistência. De todo modo, o diretor da *Dignitas*, Ludwig Minelli, foi processado por lucrar com a morte de seus pacientes, em violação ao artigo 115 do Código Penal Suíço, supracitado, mas foi inocentado por um Tribunal de Zurich, uma vez que o motivo egoístico não teria ficado provado. (FLURY, Reto. *Dignitas-Gründer in Pilotprozess freigesprochen*. *Neue Zürcher Zeitung*, Zurich, 01 jun. 2018. Disponível em: <https://www.nzz.ch/zuersch/dignitas-gruender-freigesprochen-ld.1390687>. Acesso: 24 fev. 2021).

<sup>156</sup> EXIT. A.D.M.D SUISSE ROMANDE. *Página oficial*. Disponível em: <https://www.exit-romandie.ch/l-assistance-au-suicide-fr360.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>157</sup> LIFE CIRCLE. *Página oficial*. Disponível em: [https://www.lifecircle.ch/pdf/EternalSPIRIT\\_Foundation.pdf](https://www.lifecircle.ch/pdf/EternalSPIRIT_Foundation.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

Sem conseguir a assistência para morrer na Austrália, já que a lei do estado de Vitória, apesar de aprovada, ainda não estava em vigor e, ainda que estivesse, ela exigia, como visto anteriormente, que Goodall estivesse com alguma doença terminal e que fosse residente no estado, ele teve que viajar para a Suíça para conseguir ser auxiliado em sua morte.<sup>158</sup>

A *Eternal Spirit* traz requisitos bastante amplos para que o paciente possa se submeter ao suicídio assistido, a maioria relacionada à perda da autonomia e ao desejo de não se tornar dependente de terceiros. Ainda, concede o auxílio ao suicídio para estrangeiros e determina que não podem se submeter ao procedimento: (i) menores; (ii) incapazes de discernimento; e (iii) pessoas com doenças mentais que não se encontrem com sério sofrimento físico.

As questões suscitadas pelo caso de David Goodall e de Alda Gross são bastante interessantes, uma vez que levam ao debate sobre a legitimidade do auxílio ao suicídio na hipótese de não estar presente nenhuma condição de saúde específica que leve à decisão de morrer.

Singer<sup>159</sup>, sobre o suicídio, sustenta que deveriam ser afastadas quaisquer conotações negativas relacionadas a ele:

Muitas culturas já consideram o suicídio, em determinadas circunstâncias, um ato racional, honrado e, em alguns casos, até nobre. O filósofo estoico Sêneca escreveu que o sábio “vive tanto quanto deve viver, e não tanto quanto pode”. Catão, o Jovem, um político romano renomado por ser íntegro e se recusar a receber subornos, cometeu suicídio quando se viu incapaz de deter a destruição da república romana por Júlio César. De acordo com Plutarco, César disse: “Catão, invejo tua morte” – reconhecendo que, ao pôr fim à sua vida, Catão teria feito algo realmente nobre.

---

<sup>158</sup> JOSEPH, Yonette; MAGRA, Iliana. David Goodall, 104, Scientist Who Fought to Die on His Terms, Ends His Life. *The New York Times*, Nova Iorque, 10 maio 2018. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2018/05/10/world/europe/david-goodall-australia-scientist-dead.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>159</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 239.

Claro que, na hipótese da depressão, o cenário é diferente, pois a vontade de morrer pode ser apenas um sintoma da doença. Então, assim como qualquer outra forma de auxílio ao suicídio, para que ele seja legítimo, devem ser tomadas providências no sentido de se garantir que a vontade do sujeito seja, efetivamente, livre e autônoma. Por isso, sua capacidade deverá ser devidamente aferida e, na presença de uma enfermidade psiquiátrica, esta deverá ser tratada.

Os casos citados acima revelam, todavia, que é perfeitamente possível que o suicídio seja racional, ou seja, que sujeitos com plenas faculdades mentais, sem qualquer indício de que estejam deprimidos e que não possuam enfermidades a justificarem sua vontade de morrer, escolham encerrar suas vidas. Ao ser autorizado o auxílio ao suicídio sem requisitos restritivos, a pessoa que deseja morrer pode se utilizar da ajuda de terceiros para que sua vida termine do melhor jeito possível, e deixa de ser obrigada a recorrer a meios violentos e inseguros. Inclusive, desse modo, fica muito mais fácil garantir que a decisão de quem pratica o suicídio será, realmente, autônoma.

O documentário *Exit, le droit de mourir*, dirigido por Fernand Melgar e lançado em 2005<sup>160</sup>, mostra o dia a dia dos voluntários da associação *Exit A. D. M. D. Suisse Romande* que acompanham os associados que solicitam a morte, e as diferentes dificuldades encontradas para a realização da assistência.

Neste filme, uma das histórias narradas diz respeito a duas pessoas com cerca de 80 anos que, após dividirem, de maneira harmoniosa, uma

---

<sup>160</sup> *EXIT, le droit de mourir*. Direção: Fernand Melgar. Produção: Fernand Melgar, Jean-Marc e Matthieu Henchoz. Produção executiva: Florence Adam. Suíça: Produção de Climage; JMH Productions; Filme Flash (França), 2005. Formato 1.66, Dolby SR (75 min). Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=7iNYTj\\_Go3k](https://www.youtube.com/watch?v=7iNYTj_Go3k). Acesso: 21 fev. 2021.

vida toda de casamento, desejavam morrer juntas. Mas, enquanto o marido se encontrava extremamente doente, sua esposa estava em perfeito estado de saúde. Por que negar a ela o direito de morrer, apenas por não existir uma condição física a motivar sua decisão? Para eles, a parte mais fundamental de suas vidas havia sido seu relacionamento, e os dois queriam encerrar sua história como a haviam construído: juntos.<sup>161</sup>

Outra questão levantada pelo documentário diz respeito ao fato de que existe uma grande procura pela assistência ao suicídio, que não necessariamente é correspondida pelo número de pessoas que cada uma das clínicas consegue acomodar, o que justifica a adoção de normas e critérios que privilegiam algumas solicitações em detrimento de outras, priorizando-se associados mais antigos, ou situações mais urgentes, em que o paciente está perdendo os movimentos e está próximo de não poder ingerir o medicamento letal por conta própria.

As decisões sobre quais casos a associação aceitará receber são tomadas em conjunto, em reuniões realizadas entre os acompanhantes, em que eles debatem, entre si, quais assistências apresentam maior urgência, e verificam se entre eles haveria alguém com disponibilidade de tempo – e emocional – para ajudar.

O fator emocional é importante porque, conforme revelado pelos voluntários no documentário, cada morte assistida demanda o acompanhamento individual do solicitante e de seus familiares, por um período de tempo razoável, antes que o auxílio ao suicídio seja, efetivamente, prestado. Eles buscam conhecer bem a pessoa que receberá a assistência e, ao final, são eles quem preparam, com água, a mistura de

---

<sup>161</sup> Note-se que o documentário revela que a *Exit A. D. M. D. Suisse Romande* optou por não auxiliar o casal em questão.

barbitúrico a ser ingerida por ela, ficando ao seu lado até que a morte chegue.

Esse é o motivo pelo qual a *Exit A. D. M. D. Suisse Romande*, mencionada acima, não aceita atender estrangeiros. Como o que cada voluntário faz não é algo mecânico, a demanda de pessoas que buscam auxílio acaba superando a possibilidade de atendimento, de modo que eles preferem privilegiar os suíços residentes.

Um último ponto a ser levantado diz respeito à garantia de que a autonomia dos assistidos esteja presente. Nos parece que o acompanhamento feito pelos voluntários, e a necessidade de que a pessoa já seja filiada à associação para ser auxiliada, sendo priorizadas as solicitações dos associados mais antigos, são fatores que garantem que a tomada de decisão seja fruto de uma profunda reflexão.

Nesse sentido, além do contato próximo com o acompanhante que frequenta a casa do assistido, conversando com seus familiares, e ficando junto dele até o momento de sua morte, é possível presumir que a decisão de morrer de alguém que tenha optado por se filiar a uma associação para a morte digna mesmo antes de ter qualquer condição de saúde a justificar este interesse, pagando, por vezes, uma anuidade, e participando de reuniões em que o direito de morrer é amplamente debatido, não decorre de um impulso momentâneo, fazendo parte de uma filosofia de vida por ela adotada.

Conclui-se, então, que a lei suíça sobre o suicídio assistido é tão diminuta que, na prática, quem dita quem pode ter seu direito de morrer garantido são a jurisprudência, os códigos de ética médica e, principalmente, as associações de auxílio à morte digna.

O fato de a Suíça não regulamentar o tema traz alguma insegurança jurídica, em especial para aqueles que não possuam uma doença terminal e incurável, mas que desejam morrer, e que são obrigados, com isso, a

recorrer às associações de auxílio ao suicídio, que nem sempre podem acomodá-los. Por outro lado, é essa falta de regulamentação que permite que o costume e as instituições sociais moldem a prática com tanta liberdade, fazendo do país um refúgio para aqueles que não podem, em seus locais de origem, optar pela maneira como desejam encerrar suas vidas.

Finalmente, sempre deve haver um esforço para que se garanta que a autonomia da pessoa esteja, efetivamente, sendo respeitada, mas isso parece estar bem estabelecido na Suíça.

### 3.2.7 Alemanha

A Alemanha, como vimos acima, foi palco de uma forma de extermínio denominada, então, “programa de eutanásia”, na qual nazistas assassinaram, secretamente, incontáveis pessoas com deficiência.

Por esse motivo, no país, a expressão “eutanásia” (*euthanasie*) não é empregada para se referir à morte digna, preferindo-se “morte assistida” (*sterbehilfe*)<sup>162</sup>.

Como ensinam Ana Paula Barbosa-Fohrmann, Luana Adriano Araújo e Arthur Cezar Alves de Melo<sup>163</sup>:

No Direito Constitucional alemão, a morte assistida encontra fundamento normativo no art. 1º e art. 2º §§ 1º e 2º da LF. Em outros termos, encontra-se normativamente apoiada no direito de liberdade e autodeterminação, no direito à vida e integridade física do indivíduo e se justifica com base no princípio da dignidade humana. A dignidade humana, conforme visto, incorpora, em seu cerne, a ideia de liberdade e de autonomia do indivíduo.

---

<sup>162</sup> BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; ARAÚJO, Luana Adriano; MELO, Arthur Cezar Alves de. Morte assistida e dignidade humana no direito alemão. In: BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; VIVAS-TESSÓN, Inmaculada. *Cruzando Fronteiras: Perspectivas Transnacionais e Interdisciplinares dos Estudos de Deficiência*. Porto Alegre: Editora Fi, 2020, p. 271.

<sup>163</sup> *Idem, ibidem*, p. 305.

A eutanásia ativa é, contudo, proibida no país, sendo punível pelo §216 do Código Penal Alemão, que considera crime, ainda que de forma atenuada, o homicídio solicitado pela vítima. São permitidos a eutanásia ativa indireta ou de duplo efeito (como já visto no capítulo sobre conceitos, trata-se de hipótese em que o medicamento é aplicado com a finalidade de aplacar a dor, mas com o resultado indireto da morte), a interrupção do tratamento (eutanásia passiva ou ortotanásia), e o auxílio ao suicídio.<sup>164</sup>

Com relação à eutanásia passiva, desde que presente o consentimento por parte do paciente, não haveria crime, já que, segundo Roxin<sup>165</sup>, não é permitido tratar uma pessoa contra sua vontade. Evidentemente, sem o consentimento do paciente a situação será outra:

No caso inverso, isto é, quando o tratamento é interrompido ou omitido, apesar de o paciente o desejar, há um homicídio por omissão se a inatividade tiver provocado ou adiantado a morte e o omitente ocupar uma posição de garantidor, o que, em caso de médicos e parentes, é a regra. Faltando a posição de garantidor, pode-se tratar sempre ainda de um caso de omissão de socorro (§323c do StGB).

Com relação ao auxílio ao suicídio, este não é punível no ordenamento jurídico alemão, uma vez que, como já dissemos, o suicídio, elemento principal do tipo em questão, não é ato antijurídico. Sobre o tema, Roxin<sup>166</sup> narra o seguinte caso:

O caso mais claro da jurisprudência é o do médico Hacketal, que em 1984 entregou veneno (cianeto de potássio) a uma mulher “em estado gravíssimo”, precedida de um câncer facial incurável que já lhe havia atingido o cérebro. A paciente bebeu este veneno misturado à água, adormecendo pouco depois,

---

<sup>164</sup> ROXIN, Claus, *op. cit.*, p. 321.

<sup>165</sup> *Idem, ibidem*, p. 309-313.

<sup>166</sup> *Idem, ibidem*, p. 322.

de modo suave e sem agonia. A denúncia feita pelo Ministério Público, a título de homicídio a pedido da vítima (§216 do StGB), foi indeferida tanto pelo LG de Traunstein como pelo OLG de Munique.

Outro caso a ser mencionado sobre o suicídio assistido na Alemanha e que, tal qual o caso Gross, também chegou à Corte Europeia de Direitos Humanos, é o *Koch v. Germany*<sup>167</sup>.

A senhora Koch sofreu um acidente em 2002, quando tropeçou ao entrar em sua casa, e quebrou o pescoço, ficando tetraplégica. Em 2004, ela solicitou permissão ao Instituto Federal Alemão para Drogas e Dispositivos Médicos para adquirir uma dose letal de medicamento que permitisse a ela morrer em casa, mas seu pedido foi rejeitado. Koch, com isso, foi obrigada a se dirigir à clínica *Dignitas*, mencionada acima, na Suíça, onde foi auxiliada em sua morte. Mesmo depois disso, seu marido, Ulrich Koch, prosseguiu com a ação judicial, e a Corte Europeia de Direitos Humanos julgou de modo favorável a ele, determinando a anulação da sentença proferida pela justiça alemã, e impondo a realização de um novo julgamento.

Ao comparar o direito alemão ao suíço no que diz respeito ao suicídio assistido, Hurst-Majno e Mauron<sup>168</sup> sustentam que, como o direito suíço, o direito penal alemão não inclui nenhuma disposição que torne o suicídio assistido, em si, um crime. No entanto, existem outras previsões legais que possibilitam que o suicídio assistido seja, em princípio, criminalizado. É o caso, por exemplo, do crime de omissão na assistência de uma pessoa em perigo (§323 do Código Penal Alemão), ou do dever de guarda, se a pessoa que presta a assistência é um familiar próximo ou um médico.

---

<sup>167</sup> CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. *Case of Koch v. Germany*. Disponível em: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-112282>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>168</sup> HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 206.

A partir de 2015, no mais, o direito penal alemão também passou a proibir o suicídio assistido com fins lucrativos (§ 217), mas sem esclarecer quando a assistência dos médicos poderia ser considerada “comercial”. Referido dispositivo foi, contudo, declarado inconstitucional pelo Tribunal Federal Constitucional Alemão em 2020.<sup>169</sup>

De todo modo, como apontam Hurst-Majno e Mauron<sup>170</sup>, na Alemanha, diretrizes profissionais nacionais estipulam que o auxílio ao suicídio não faz parte da atividade profissional do médico e, desde 2011, afirmam que os médicos não devem prestá-lo. A penalidade a ser aplicada, entretanto, vai variar de local para local, já que não são todos os conselhos médicos alemães que regulamentam o suicídio assistido localmente.

Barbosa-Fohrmann, Araújo e Melo<sup>171</sup>, sobre o tema, assim escrevem:

Anteriormente à promulgação do §217 do StGB, a questão do suicídio assistido, em que pese não regulada legalmente, era tratada nos códigos profissionais de medicina nacional e regionais. Nesse sentido, desde 2011, §16 do Código Profissional para Médicos na Alemanha (“Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte” - MBO-Ä) estabelecia que “os médicos devem apoiar os pacientes terminais, preservando sua dignidade e respeitando seus desejos. Eles são proibidos de matar pacientes mediante solicitação. Eles não podem prestar assistência ao suicídio.”

Esse regulamento, segundo escrevem os autores, serve apenas como um modelo, a ser adotado pelas Associações Médicas de cada estado, de modo que, mesmo com a revogação do §217, continua a haver, na Alemanha, uma situação de incerteza jurídica, marcada por uma pluralidade de regulamentações que pode levar, surpreendentemente, a um cenário em

<sup>169</sup> BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; ARAÚJO, Luana Adriano; MELO, Arthur Cezar Alves de, *op. cit.*, p. 300-304.

<sup>170</sup> HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre, *op. cit.*, p. 206.

<sup>171</sup> BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; ARAÚJO, Luana Adriano; MELO, Arthur Cezar Alves de, *op. cit.*, p. 284.

que dois médicos pratiquem a mesma conduta (assistam um paciente ao suicídio), penalizando-se apenas um deles, em razão, tão somente, de pertencerem a jurisdições diferentes em que a prática seja, ou não, sancionável pela Associação de Médicos do local.<sup>172</sup>

De todo modo, apesar dessas ressalvas, há de se destacar que o cenário jurisprudencial alemão parece estar mudando.

Nesse sentido, no dia 2 de março de 2017, o Tribunal Administrativo Federal da Alemanha, ao julgar o caso Koch pela segunda vez (por determinação, como visto, da Corte Europeia de Direitos Humanos), proferiu nova decisão<sup>173</sup>, na qual reconheceu expressamente que, em situações extremas – como a presença de uma doença terminal e incurável –, o Estado não pode negar ao indivíduo o acesso a medicamentos que garantam a ele um suicídio indolor.

Essa decisão, favorável ao senhor Koch, tomou por base o direito à autodeterminação previsto na Constituição alemã, e ficou estabelecido que, apesar de haver uma lei antidrogas que proíbe que uma pessoa compre, em princípio, medicamentos letais, excepcionalmente, no caso de pacientes capazes com doenças graves, incuráveis, e que causem graves sofrimentos, isso seria possível.

---

<sup>172</sup> *Idem, ibidem*, p. 285.

<sup>173</sup> ALEMANHA. TRIBUNAL ADMINISTRATIVO FEDERAL DA ALEMANHA. *Acórdão 3 C 19.15*. J. em 02 mar. 2017. Disponível em: <https://www.bverwg.de/020317U3C19.15.0>. Acesso: 24 fev. 2021.

## O debate em torno da autonomia para morrer

Até este ponto do livro, já analisamos os diferentes conceitos relacionados à autonomia para morrer, trabalhamos com os direitos fundamentais em jogo, verificamos como o Brasil trata da morte digna em seu ordenamento jurídico, e fizemos uma análise do direito comparado.

Com todas essas ferramentas em mãos, examinaremos, neste capítulo, uma série de casos práticos relacionados ao tema. Alguns, como será visto, são mais fáceis de solucionar. Outros, mais difíceis, envolvem polêmicas tão complexas que dificilmente será possível chegar a uma fórmula que se aplique a todo e qualquer cenário. Os casos serão divididos em (i) pacientes conscientes e capazes no momento da opção pela morte; (ii) pacientes incapazes no momento da decisão pela morte, ou que se encontrem inconscientes, sem que tenham deixado diretivas antecipadas de vontade (nesse ponto, será abordada a questão das crianças e adolescentes Testemunhas de Jeová); (iii) a diferença moral entre a eutanásia ativa direta e a ortotanásia, e entre a eutanásia ativa direta e o suicídio assistido; e (iv) a justificativa de Dworkin para permitir que sejam cumpridas as diretivas antecipadas de vontade deixadas por pessoas enquanto lúcidas e que foram, depois, acometidas por alguma forma de demência.

Os casos discutidos neste capítulo envolvem questões não só jurídicas e médicas, mas, também, de cunho moral. E sendo a moral algo construído de maneira dialética e coletiva, somente por meio de uma profunda reflexão e do debate será possível que a bioética e o direito avancem para uma melhor compreensão dessas novas situações e dilemas.

Como ensina Sandel<sup>1</sup>, o debate entre o certo e o errado, e entre o justo e o injusto é característico da vida em uma sociedade democrática, de modo que haverá, sempre, aquele que defenda, por exemplo, o aborto, e aquele que o condene. O mesmo se diga com relação a questões referentes ao sistema de cotas, à tortura como ferramenta para evitar um ataque terrorista iminente que mataria dezenas de pessoas, e tantas outras. E são essas questões difíceis que alimentam a reflexão moral.

Para Sandel<sup>2</sup>, ademais, esta última é uma busca coletiva, não individual. Assim, requer, sempre, um interlocutor:

Quando a reflexão moral se torna política, quando pergunta que leis devem governar nossa vida coletiva, precisa ter alguma ligação com o tumulto da cidade, com as questões e os incidentes que perturbam a mente pública. Debates sobre bailout e preços extorsivos, desigualdade de renda e sistema de cotas, serviço militar e casamento entre pessoas do mesmo sexo [...] nos estimulam a articular e justificar nossas convicções morais e políticas, não apenas no meio familiar ou entre amigos, mas também na exigente companhia de nossos compatriotas.

Por tais motivos, é essencial que o tema da morte, apesar do desconforto por ele trazido, seja amplamente debatido, especialmente quando se esteja diante de casos mais sensíveis, como aqueles em que a capacidade de decisão do paciente não esteja presente, ou quando não seja possível identificar, com tanta clareza, qual teria sido sua vontade caso se encontrasse, naquele momento, lúcido.

Ao final do capítulo, faremos um levantamento dos argumentos mais frequentemente utilizados quando do debate da eutanásia para, em seguida, tentar refutá-los.

---

<sup>1</sup> SANDEL, Michael J. *Justiça: o que é fazer a coisa certa*. 6ª ed. Trad. Heloísa Matias e Maria Alice Máximo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012, p. 36-3

<sup>2</sup> *Idem, ibidem*, p. 38-39.

## 4.1 Análise de casos

### 4.1.1 Pacientes conscientes e capazes no momento da opção pela morte

Os casos de pacientes que se encontram conscientes e capazes no momento de suas mortes são os que apresentam, dentro do debate da eutanásia e do suicídio assistido, menor polêmica (apesar de existirem, claro, os opositores dessas práticas em quaisquer circunstâncias). Assim, eles serão analisados em primeiro lugar.

Dworkin<sup>3</sup> narra o caso de Lillian Boyes, uma inglesa de setenta anos acometida por uma forma de artrite reumatoide que lhe causava dores de tamanha intensidade, que nenhum analgésico era capaz de aliviar. Nigel Cox, seu médico, após treze anos de relacionamento próximo com a paciente, aceitou suas súplicas para que acabasse com seu sofrimento e lhe injetou uma dose letal de cloreto de potássio, que a levou à morte em alguns minutos.

Denunciado por uma enfermeira católica que descobriu o prontuário no qual Cox havia registrado todo o procedimento de forma detalhada, foi julgado por tentativa de homicídio, uma vez que, tendo sido o corpo cremado, não era possível comprovar que as doses aplicadas teriam sido, efetivamente, responsáveis pela morte.

O médico foi condenado a um ano de prisão, mas teve sua sentença suspensa, por ter atuado por motivo de compaixão para com uma pessoa que havia se tornado, para ele, uma amiga. Acreditava-se que, após essa decisão, ele não seria mais autorizado a praticar a medicina, mas, apesar de o Conselho da profissão tê-lo repreendido, ele não foi impedido de continuar trabalhando, tendo conseguido, inclusive, recuperar seu emprego

---

<sup>3</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 251, 260 e 261.

no *Royal Hampshire County Hospital* de Winchester, apenas com a condição de que seu trabalho fosse supervisionado por outro médico.

Em 2002, Chantal Sébire, uma francesa de 52 anos, sofria com um câncer raro, conhecido como neuroblastoma olfativo o qual, além de deformar o seu rosto e causar dores fortes e permanentes, levou à perda da visão, do olfato e do paladar. Ela, então, recorreu à justiça em busca de uma autorização para ter o direito de ser auxiliada em sua morte.<sup>4</sup>

Anos depois, em 2008, seu pedido foi negado, uma vez que a lei francesa não permite a eutanásia ativa ou o suicídio assistido e, dois dias após receber essa notícia, Sébire foi encontrada morta em sua residência, por ter ingerido uma dose letal de um barbitúrico. As condições em que sua morte ocorreu levaram – contra a vontade de sua família – à abertura de um inquérito para verificar se alguém a teria, afinal, assistido em seu suicídio. A investigação foi encerrada em 2009, e não se chegou a nenhuma conclusão.<sup>5</sup>

A nova-iorquina Patricia Diane Trumbull, por sua vez, queria morrer porque, aos quarenta e cinco anos, estava com leucemia e, apesar de a quimioterapia e o transplante de medula significarem, para ela, vinte e cinco por cento de chances de cura, optou por recusar o tratamento, uma vez que sabia do sofrimento que teria que enfrentar se optasse por se submeter a ele.<sup>6</sup>

O médico Timothy Quill, de Rochester, Nova York, declarou ao *New England Journal of Medicine* que, por solicitação de Trumbull, havia-lhe

---

<sup>4</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 157-159.

<sup>5</sup> DAUSSY, Laure. La justice referme le dossier Chantal Sébire. *Le Figaro*, Paris, 23 mar. 2009. Disponível em: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/03/23/01016-20090323ARTFIG00449-la-justice-referme-le-dossier-chantal-sebire.php>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>6</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 251.

prescrito uma quantidade suficiente de barbitúricos para matá-la, dizendo-lhe quantos deveria tomar para este fim.<sup>7</sup>

Em 1991, um promotor público solicitou a formação de um júri para decidir se o médico deveria, ou não, ser processado por suicídio assistido, já que no estado de Nova York a pena para esse crime era de cinco a quinze anos de prisão. Surpreendentemente, a decisão foi no sentido de que a acusação não procedia. Ainda, o Departamento de Saúde pediu que o Conselho de Conduta Médica Profissional decidisse se a licença do doutor Quill deveria ser cassada. No entanto, ficou estabelecido que não havia, no caso, qualquer forma de má conduta<sup>8</sup>.

Por fim, no Canadá, Nancy B., com vinte e cinco anos de idade, possuía uma doença neurológica rara, chamada síndrome de Guillan-Barré, responsável por paralisá-la do pescoço para baixo. A paciente, então, pediu autorização judicial para desligar o aparelho de respiração artificial que a mantinha viva, uma vez que já havia passado dois anos e meio em uma cama de hospital, apenas assistindo à televisão e olhando para as paredes, e não queria mais viver naquelas condições. O juiz Dufour, do Quebec, concordou com o pedido, por entender que as pessoas têm o direito de exigir a retirada do suporte vital mesmo quando não estão morrendo, se entenderem que a vida que lhes espera será intolerável. Em 1992, o respirador de Nancy B. foi desligado, e ela morreu.<sup>9</sup>

Os casos narrados acima, apesar de trazerem alguma polêmica, dizem respeito a pessoas que optaram por morrer ainda lúcidas, o que torna a questão menos controversa. Esse fato ficou demonstrado, inclusive, pela forma como os médicos foram tratados pela justiça nos casos de Lillian Boyes e de Patricia Diane Trumbull (um teve a sentença suspensa e o outro

---

<sup>7</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 262.

<sup>8</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 261-262.

<sup>9</sup> *Idem, ibidem*, p. 259.

foi inocentado, sendo que ambos puderam continuar praticando a medicina) e pelo último, em que foi concedida autorização para que Nancy B. tivesse o aparelho respiratório desligado (nesse caso, a morte poderia ser classificada, nos termos vistos no Capítulo 1, como uma forma de eutanásia passiva).

Para Chantal Sébire, infelizmente, o cenário foi diferente. Qual não terá sido o sofrimento de Chantal, que queria que sua morte fosse amparada e realizada de forma legítima – já que buscou se socorrer do Poder Judiciário e aguardou uma decisão por anos – e teve que se valer, ao final, de métodos ilegais para morrer? E a dor de sua família, tendo que passar pelas investigações criminais que sucederam à sua morte?

Há inúmeros exemplos na mesma linha. Em “Solitário Anônimo”<sup>10</sup>, documentário mencionado no Capítulo 3, após passar dias sem se alimentar para que a morte viesse, indagou-se ao paciente: “Por que não outra forma de morrer?”. Em resposta, ele disse, apenas: “Porque eu sou covarde. Eu não teria coragem de me suicidar. Não serviria para ser japonês”.

Ainda, no documentário *Exit, le droit de mourir*<sup>11</sup>, também já mencionado, um homem, buscando auxílio para o suicídio, explicou à sua acompanhante (designada pela associação *Exit Suisse Romande* para assisti-lo) que desejava que sua morte fosse aberta, livre, e de comum acordo. Ele deixou claro que jamais se suicidaria de maneira solitária, obrigando sua mãe a passar pela dor de, sem aviso, encontrar o corpo do filho largado no chão do apartamento. Outro assistido narrou, no mais, que não aceitaria morrer tomando medicamentos letais sozinho. Ele gostaria de fazer uma bela refeição e morrer acompanhado de sua esposa, filhos e da

---

<sup>10</sup> SOLITÁRIO ANÔNIMO, *op. cit.*

<sup>11</sup> EXIT, *le droit de mourir, op. cit.*

acompanhante indicada pela clínica, com uma boa garrafa de vinho. Sua esposa, nessa ocasião, explicou que, apesar da tristeza, deixar o marido ir seria o maior gesto de amor possível.

Chantal Sébire teve roubado o direito de morrer acompanhada pelas pessoas que amava, de forma legítima, planejada e livre. Ainda que tenha conseguido, ao final, morrer, sua dignidade não foi assegurada.

Ademais, quem quer que a tenha auxiliado no suicídio – já que os medicamentos por ela adquiridos necessitavam de prescrição médica para aquisição na farmácia – correu um risco enorme de se submeter a uma eventual penalização sob as leis da França. É possível que o sentimento de injustiça da pessoa que a ajudou tenha sido tamanho, que ela tenha considerado impensável recusar um pedido como o de Chantal, ainda que pendente o risco de uma eventual responsabilização penal.

A indignação que sentimos quando vemos médicos que auxiliam pacientes em suas mortes – como o Dr. Timothy Quill – mesmo sem autorização legal ou judicial para isso, correndo o risco de serem, eles próprios, extremamente prejudicados, nos leva a crer que, certamente, há algo de profundamente errado em proibir que alguém ajude uma pessoa que quer, desesperadamente, morrer, a atingir este resultado.

Como ensina Singer<sup>12</sup>:

[...] o princípio do respeito pela autonomia afirma que devemos permitir que os agentes racionais vivam suas vidas de acordo com suas próprias decisões autônomas, livres de coerção ou interferência; mas, se os agentes racionais optarem autonomamente por morrer, o respeito pela autonomia nos deve levar a ajudá-los a pôr em prática sua opção. Portanto, ainda que existam motivos para se pensar que a eliminação de um ser autoconsciente é normalmente pior do que a de qualquer outro tipo de ser, nos casos especiais de eutanásia voluntária, a maior parte dessas razões não são contrárias a ela,

---

<sup>12</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 257-259.

mas, antes, a favorecem. Por mais surpreendente que esse resultado possa parecer à primeira vista, na verdade nada mais faz senão refletir o fato de que o que há de especial nos seres autoconscientes é sua capacidade de saber que existem no tempo, e que, a menos que morram, continuarão existindo. Em geral, essa existência contínua é fervorosamente desejada; quando, porém, a previsível existência contínua deixa de ser desejada e se torna apavorante, a vontade de morrer pode assumir o lugar do desejo de viver, invertendo as razões contra tirar a vida.

Assim, quando a pessoa não tenha, mais, o desejo de viver, o motivo pelo qual a proibição do homicídio existe será esvaziado, e ganhará lugar a defesa da eutanásia. Via de regra, as pessoas querem viver e temem a morte, de modo que é necessário que suas vidas sejam protegidas contra a agressão de terceiros. Mas, quando o cenário se inverte, a autonomia e a dignidade do indivíduo devem ser colocadas em primeiro lugar, e a permissão do auxílio à morte digna passa a ser imprescindível.

#### **4.1.2 Pacientes incapazes no momento da decisão pela morte, ou que se encontrem inconscientes, sem que tenham deixado diretivas antecipadas de vontade**

Analisados os casos de pacientes conscientes e capazes, é possível concluir que não existe qualquer motivo pelo qual não seja moralmente recomendável que, nos cenários descritos, o auxílio à morte seja prestado.

Ainda, como já visto anteriormente, caso tenham sido deixadas diretivas antecipadas de vontade, não há razão alguma para entender que a eutanásia será menos voluntária, apenas porque o paciente não se encontre consciente nos momentos finais. Se ele expressou sua vontade anteriormente, respeitá-la será preservar sua autonomia.

O problema maior surge quando o paciente não pode expressar, naquelas circunstâncias, sua vontade, e não tenha deixado diretivas

antecipadas de vontade. É legítimo tomar uma decisão em seu nome? Sob qual fundamento?

Diniz e Costa<sup>13</sup> colocam a questão da seguinte forma:

Se a autonomia é um dos requisitos éticos fundamentais para a legitimidade da eutanásia voluntária, o que fazer quando a pessoa não expressou sua vontade? Em que medida a família poderia assumir a responsabilidade decisória e ser considerada agente legítimo, seja por manter tratamentos, seja para interrompê-los?

Naqueles casos em que não foi deixado um testamento vital indicando qual curso de tratamento deve, ou não, ser seguido, é possível que se busque, por outros meios, investigar qual teria sido a vontade da pessoa, caso ela estivesse desperta naquele momento. Isso pode ser feito por meio de cartas, testemunhos de pessoas próximas, declarações feitas em vídeo, etc. Em tais hipóteses, a autonomia ainda servirá como fundamento para que a morte aconteça.

Ainda assim, de acordo com Calsamiglia<sup>14</sup>, justificar a eutanásia nesses casos será muito mais difícil, haja vista a impossibilidade de reparação dos danos no caso de um erro. De todo modo, apesar de aceitar que a solução apresenta problemas, o autor propõe o seguinte:

A eutanásia poderia ser praticada nas seguintes circunstâncias: 1. Doença em estado terminal sem expectativas de cura; 2. O paciente não é capaz de expressar sua vontade; 3. Existe um procedimento confiável capaz de comprovar que o paciente estaria de acordo com a prática da eutanásia; 4. O valor da vida – neste caso em particular – deve ser avaliado em relação ao dano e à indignidade da situação.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio, *op. cit.*, p. 127.

<sup>14</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 347.

<sup>15</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 348. Tradução nossa. O original está assim redigido: “Se podría practicar la eutanásia si se dieran las siguientes circunstancias: 1. Enfermedad en estado terminal sin expectativas de curación;

Apesar de ser possível, em tese, defender que a eutanásia, nesses casos, foi realizada com base na autonomia – ainda que presumida – do paciente, na prática pode ser difícil verificar – e comprovar – qual teria sido sua vontade.

A norte-americana Nancy Cruzan, por exemplo, teve o córtex cerebral destruído por falta de oxigênio depois de um acidente e passou os sete anos seguintes vivendo em estado vegetativo, até que seus pais, recorrendo à Suprema Corte dos Estados Unidos diversas vezes, conseguiram retirar seu suporte vital em 1990.<sup>16</sup>

Inicialmente, os pais de Nancy pediram autorização a um juiz do estado do Missouri para desligar as máquinas, alegando que, repetidamente, ao longo dos anos, a filha havia manifestado o desejo de não ser mantida viva em circunstâncias como aquela. O juiz, então, autorizou o desligamento das sondas. Foi apresentado recurso, e o Supremo Tribunal do Missouri entendeu que o direito desse estado não permitia tal desligamento sem uma prova clara de que a paciente havia, efetivamente, manifestado tal desejo, por meio de um testamento vital, por exemplo. Na falta deste, a lembrança dos pais e dos amigos sobre a vontade manifestada por Nancy não era suficiente. Os pais da paciente apelaram à Suprema Corte dos Estados Unidos, que manteve a decisão do Tribunal. Somente sete anos depois, os pais de Nancy conseguiram, em um juízo inferior do Missouri, uma decisão favorável à morte, quando as autoridades públicas daquele estado, por algum motivo qualquer, optaram por não recorrer da decisão, então, proferida.<sup>17</sup>

---

2. El paciente no es capaz de expresar su voluntad; 3. Existe un procedimiento fiable que prueba que el paciente estaría de acuerdo en la práctica de la eutanasia; 4. El valor de la vida – en esta situación precisa – debe evaluarse en relación con el daño y la indignidad de su situación”.

<sup>16</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 252.

<sup>17</sup> *Idem, ibidem*, p. 263, 264 e 272.

Por sua vez, Helga Wanglie, em 1989, era uma mulher ativa, de oitenta e cinco anos, que quebrou o quadril e sofreu diversas paradas cardiopulmonares ao longo do tratamento, até que, em 1990, acometida por uma grave anoxia – ausência de oxigenação cerebral – entrou em estado vegetativo persistente. No ano seguinte, o hospital em que ela estava sendo tratada, o *Hennepin County Medical Center*, sugeriu o desligamento do aparelho de respiração artificial, pois o prosseguimento do tratamento seria inútil e inadequado. Não havia, por parte do hospital, qualquer interesse no encerramento dos cuidados, já que tudo estava sendo financiado por um plano de saúde que deixou claro que o custo de quinhentos mil dólares não deveria ser levado em consideração na tomada da decisão. O senhor Wanglie, entretanto, não consentiu com o encerramento, argumentando que, em sua opinião, a vida deveria ser mantida pelo máximo de tempo possível, independentemente das condições e que, mesmo tendo dito em momentos anteriores jamais ter discutido o assunto com sua esposa, acabou por lembrar que o havia feito em alguma ocasião, e que ela compartilhava de seu ponto de vista. Assim, a juíza Patricia Belois, em 1<sup>o</sup> de julho de 1991, rejeitou o pedido do hospital, por entender que este não havia oferecido qualquer motivo para duvidar da legitimidade do marido para atuar como guardião dos interesses da esposa e, quatro dias depois, Helga faleceu, ainda ligada ao respirador.<sup>18</sup>

Sobre a busca pela vontade presumida do paciente inconsciente, Roxin<sup>19</sup> sustenta o seguinte:

Se o paciente deixou de fixar por escrito sua disposição, sua vontade presumida deverá ainda ser procurada através de outros indícios, cuja univocidade em princípio menor se torna menos problemática se lembrarmos que esta

---

<sup>18</sup> *Idem, ibidem*, p. 266-267.

<sup>19</sup> ROXIN, Claus, *op. cit.*, p. 320.

omissão em declarar a própria vontade de forma decidida, por si só, já representa um indício de que o paciente seja pouco interessado no problema. Se, em tais casos, a solução permanecer incerta, não se deve [...] seguir o adágio *in dubio pro vita*, prolongando o tratamento *ad infinitum*, tampouco interrompê-lo sempre, de acordo com o *in dubio contra vitam*. Deve-se, isso sim, decidir em favor dos indícios mais fortes.

Ocorre que nem sempre será possível verificar qual teria sido a vontade do paciente e, por vezes, sequer existem indícios.

O ideal, claro, seria que todas as pessoas se preocupassem em deixar testamentos vitais. Ocorre que, como explicam Diniz e Costa<sup>20</sup>, grande parte das solicitações para a eutanásia não encontra fundamento na formalização explícita dos desejos do paciente, devidamente registrada, mas sim, em acertos feitos entre a equipe de saúde, os cuidadores e a família. Assim, na prática, o mais comum no dia a dia das unidades de tratamento intensivo e dos ambulatórios de pacientes de alto risco é o desligamento ou a retirada de aparelhos de sustentação artificial da vida, por uma prática acordada, pacificamente, entre a família e a equipe de saúde.

Nos casos em que não seja possível verificar qual teria sido a vontade do enfermo, será incabível motivar a tomada da decisão com base em sua autonomia. Como justificar, então, as condutas adotadas pelos médicos?

Segundo Dworkin<sup>21</sup>, quando o paciente se encontra em estado vegetativo e seus familiares pedem para desligar as máquinas de suporte vital, não porque tenham indícios de que esse teria sido seu desejo, mas porque parece mais digno permitir que ele morra, então é em nome de seus interesses fundamentais que a decisão é tomada.

---

<sup>20</sup> DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio, *op. cit.*, p. 128.

<sup>21</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 273-274.

Möller<sup>22</sup>, por sua vez, entende que, não sendo possível se utilizar do argumento da autonomia, tem cabimento o princípio da beneficência, também chamado pela autora, no caso, de um “paternalismo fraco”, o qual se justificaria, excepcionalmente, pela ausência de autonomia do indivíduo.

Acreditamos que a ideia trazida por ambos os autores é, no fundo, a mesma: a eutanásia, preferencialmente, será justificada pela concepção de dignidade do próprio paciente, que a manifesta de forma autônoma. Mas, quando não for possível verificar qual teria sido a vontade do enfermo, não haverá, necessariamente, que se priorizar a vida. Diversamente, deverão ser adotadas as condutas que melhor atendam aos seus interesses fundamentais, buscando-se fazer o bem (princípio da beneficência), a partir da perspectiva do médico, dos familiares e, em alguns casos, do juiz, e isso pode ser entendido como uma forma de paternalismo, cabível nessas situações excepcionais.

O caso a seguir revela, para Dworkin<sup>23</sup>, como esses dois raciocínios podem servir para justificar a eutanásia.

Em 1989, Anthony Bland foi atropelado por uma multidão que saía do estádio de futebol *Hillsborough*, na Inglaterra. Seus pulmões foram comprimidos e, com seu cérebro privado de oxigênio, Bland entrou em estado vegetativo persistente. Três anos depois, seus pais requereram à justiça uma autorização para a retirada do suporte vital do filho, a qual foi concedida pelo juiz, sob a justificativa de que tal procedimento atenderia a seus interesses fundamentais, e confirmada pelo Tribunal de Apelação, quando o juiz Hoffmann argumentou, com base no que as pessoas mais próximas de Anthony tinham a dizer sobre ele, que parecia mais provável

---

<sup>22</sup> MÖLLER, Letícia Ludwig, *op. cit.*, p. 101.

<sup>23</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, 265-266.

que, em seu estado atual, Bland teria preferido morrer a continuar vivo, devendo prevalecer o princípio da autodeterminação em detrimento do respeito à santidade da vida. A Câmara dos Lordes confirmou essa decisão, mas com ênfase não na autonomia do paciente, e sim no fato de que a continuidade do tratamento não estaria entre seus interesses fundamentais.<sup>24</sup>

No caso de Bland, como foi possível perceber, a primeira e a última decisões se basearam nos interesses fundamentais do paciente; a segunda, em sua autonomia. No final, o resultado foi o mesmo.

Nos parece, de todo modo, que, sendo possível verificar qual teria sido a vontade do paciente, esta deve prevalecer. É por meio da autonomia que devemos analisar o que estaria dentro dos interesses de cada um, sob pena de violarmos sua dignidade. Apenas quando não seja possível constatar, de nenhuma forma, qual teria sido, provavelmente, a vontade do enfermo, é que a decisão tomada em seu nome será motivada pela beneficência e pelos interesses fundamentais, de maneira heterônoma.

Nesse sentido, Kipper<sup>25</sup>, em uma análise da jurisprudência norte-americana, sustenta, quanto à tomada de decisão em nome de pessoas incapazes:

Surgiu, então, um marco ético para as decisões substitutivas, cujas normas de atuação (normas que proporcionam critérios importantes acerca de como devem ser tomadas as decisões) compreendem, nesta seqüência: critério subjetivo – o paciente decide, quando capaz e através de diretrizes prévias diretas (testamentos vitais) ou indiretas (poderes de representação) como devem tratá-lo quando incapaz de fazê-lo e outros tenham que fazê-lo em seu lugar; critério de juízo substitutivo – um substituto escolhe o que o paciente

---

<sup>24</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>25</sup> KIPPER, Délio José. Até que ponto os pais têm o direito de decidir por seus filhos? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 73, n.2, p. 67-74, 1997, p. 68.

elegeria se fosse competente e estivesse a par tanto das opções médicas como de sua situação clínica real, incluindo o fato de ser incompetente (obviamente o substituto deve ter conhecido o paciente quando capaz e saber suas preferências, seus valores, etc.); critério de maior benefício ou de melhor interesse – um substituto elege o que, a seu critério, promove melhor os interesses do paciente e aquilo que lhe proporciona o maior bem.

Com relação àqueles que se encontrem inconscientes, esse raciocínio parece perfeitamente aplicável, ou seja, deve-se buscar, inicialmente, respeitar a autonomia manifestada pelas diretivas antecipadas de vontade e, na falta de tais documentos, é necessário tentar descobrir, por outros meios, qual teria sido a opção do paciente se este se encontrasse acordado.

Quando se trata de bebês, entretanto, o cenário é outro. Não há, nesses casos, qualquer vontade ou capacidade por parte do infante, de modo que os dois primeiros passos devem ser pulados, decidindo-se, desde o início, com base na noção de interesses fundamentais e de beneficência adotada por outras pessoas que não o enfermo. Resta determinar, apenas, quem tomará essa decisão.

Diniz<sup>26</sup> narra o caso de um paciente de oito meses, com um quadro clínico degenerativo incurável, que demandava sessões diárias de intervenção em seu corpo (fisioterapia, punção nas veias, aspiração dos pulmões duas ou três vezes ao dia, etc.) para que pudesse ser mantido vivo, sem perspectiva alguma de melhora.

A autora descreve como seus pais eram amorosos e dedicados, tendo, inclusive, abandonado seus trabalhos para que pudessem acompanhar o filho de forma integral. Entretanto, não sendo o quadro de saúde do bebê reversível, solicitaram à Justiça que, na hipótese de ele sofrer uma parada

---

<sup>26</sup> DINIZ, Débora, *op. cit.*, p. 1744.

cardiorrespiratória, não fosse submetido à ventilação mecânica, nem internado em uma UTI, uma vez que impor a ventilação artificial seria um ato de obstinação terapêutica que somente se prestaria a impedir, por algum tempo, que “o ciclo natural da curta existência do bebê seguisse seu rumo”. Desejavam, então, a aplicação dos cuidados paliativos.

Diniz<sup>27</sup> destaca que, ao contrário do debate tradicional sobre o direito de morrer, em que se argumenta em prol da autonomia e do livre arbítrio para justificar a escolha sobre a própria vida, nesse caso não havia como se conhecer a opinião do bebê. Ainda que ele fosse mantido vivo com a ajuda de máquinas, não atingiria idade suficiente para poder se pronunciar ou, sequer, entender a situação, de modo que seus pais eram os legítimos representantes de sua vontade. Segundo a autora, o pedido dos genitores foi acolhido pela justiça pelos seguintes motivos:

(i) os pais eram as pessoas jurídica e eticamente legítimas para tomar decisões relativas ao cuidado do bebê; (ii) o caráter heterônomo do bebê não poderia jamais ser suplantado, ou seja, seria preciso sempre que alguém representasse seus interesses e seus pais deram provas substantivas de que representam seus melhores interesses; (iii) não havia opção terapêutica, possibilidades de reversão do quadro clínico ou mesmo medidas disponíveis de contenção da síndrome que justificassem a obstinação terapêutica; o prognóstico de sobrevivência do bebê era curto (em torno de 24 meses), no máximo de alguns anos se submetido à respiração artificial; (iv) a ventilação mecânica não representava uma opção terapêutica para o bebê, era apenas uma possibilidade técnica não indicada para quadros clínicos como o dele; (v) a ventilação mecânica seria antes uma escolha ética e pessoal que uma indicação médica, e o posicionamento dos pais foi de total recusa da ventilação mecânica; (vi) os pais estavam conscientes, informados e esclarecidos de que a recusa à ventilação mecânica

---

<sup>27</sup> *Idem, ibidem*, p. 1746-1747.

não estenderia a sobrevivência do bebê; (vii) os pais apelaram para o direito humano de estar livre de tortura, no caso do bebê entendido como o direito de estar livre da tortura da medicalização.

Note-se que, no caso acima, a vontade dos pais substituiu a vontade do paciente, o qual, por ser muito novo e ter uma expectativa de vida muito baixa, não tinha, e nem jamais teria, vontade a ser manifestada. Então, os genitores atuaram como representantes de seu filho, e decidiram – com autorização judicial – em seu nome.

Isso foi possível, nos parece, porque a decisão dos genitores não contrariou uma indicação médica que teria o potencial de salvar a vida do enfermo, mas se deu no sentido de priorizar o bem-estar e o não sofrimento do filho pela recusa de tratamentos considerados inúteis.

No caso que será analisado a seguir, diversamente, apesar de o paciente ser, também, um bebê, a vontade dos pais não prevaleceu.

Charlie Gard foi diagnosticado, aos dois meses de idade, com uma doença rara e incurável – pelo que se sabe, somente dezesseis crianças no mundo sofriam, à época, dessa doença –, conforme determinado pelos médicos que o trataram no *Great Ormond Street Hospital*, em Londres, conhecida como síndrome de depleção do DNA mitocondrial, que produz, dentre outros efeitos, paralisia muscular e danos cerebrais graves e irreversíveis.<sup>28</sup>

O bebê teve que ser, então, conectado a dispositivos de suporte e manutenção de vida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Infantil, e seus médicos aconselharam que os aparelhos fossem desligados, pois acreditavam que os danos cerebrais eram irreversíveis, graves e incuráveis (a

---

<sup>28</sup> CASTÁN, María Luisa Marín. La polémica decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre el caso Gard y otros contra el Reino Unido. *Revista de Bioética y Derecho*, Barcelona, Universitat de Barcelona, v. 43, p. 261-276, 2018. Disponível em: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/21890/23684>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 263.

expectativa de vida não superava um ano), de modo que Charlie jamais teria a perspectiva de uma vida com qualidade.<sup>29</sup>

Connie Yates e Chris Gard, entretanto, discordaram do posicionamento dos médicos e começaram uma campanha financeira para conseguir arrecadar recursos suficientes para levar o filho a um hospital norte-americano, onde ele poderia receber um tratamento experimental que eles acreditavam ter o potencial de curar sua doença. Ainda, o Hospital *Bambino Gesu* do Vaticano e pesquisadores da Universidade de *Oxford* e do Hospital *Vall d'Hebron* ofereceram a aplicação de um tratamento genético experimental, que encontrava-se em fase de teste em animais e não possuía nenhuma comprovação de eficácia. O presidente Trump e o Papa Francisco também ofereceram ajuda para custear o tratamento.<sup>30</sup>

Os médicos de Charlie, entretanto, se manifestaram de maneira contrária, pois acreditavam que as chances de melhora eram mínimas, e prolongar a vida do bebê causaria um sofrimento desnecessário. Ante a discordância dos pais, ingressaram com uma ação judicial para que os tratamentos fossem suspensos e passassem a ser aplicados cuidados paliativos.<sup>31</sup>

Quando o caso chegou à Suprema Corte do Reino Unido, o pedido dos médicos foi deferido. Inconformados, Connie Yates e Chris Gard recorreram da decisão, mas o Tribunal negou o pedido, confirmando a decisão anterior e encerrando o processo judicial. Diante disso, não restou alternativa senão a interposição de recurso perante o Tribunal Europeu

---

<sup>29</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>30</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>31</sup> *Idem, ibidem.*

dos Direitos Humanos, o qual foi, também, rejeitado, mantendo-se a decisão proferida pela justiça inglesa, e impedindo-se, em definitivo, que Charlie pudesse ser levado para tratamento nos Estados Unidos.<sup>32</sup>

Houve, ainda, uma última etapa na batalha judicial, quando um dos juízes solicitou à Suprema Corte a revisão do caso, pedindo, inclusive, para ouvir os pais novamente, com a intenção de verificar se eles possuíam novas provas de que a terapia em questão poderia ser efetiva. Não obstante, a decisão anterior acabou por ser mantida, levando, ao final, à morte de Charlie Gard.<sup>33</sup>

O motivo pelo qual o caso de Charlie causa tanto incômodo pode estar relacionado ao fato de que, além de dizer respeito à morte de um bebê, havia tratamentos experimentais que poderiam ser utilizados, e seus pais queriam, a todo custo, que tudo fosse feito para tentar salvar a vida do filho. Aí, surge a questão: será que esses tratamentos, pelo grau de incerteza que representavam, não seriam uma forma de obstinação terapêutica?

Como já vimos no Capítulo 3 quando tratamos da distanásia e dos cuidados paliativos, muitas vezes é difícil definir, na prática, qual intervenção médica pode ser considerada útil ou fútil, de modo que o ideal é que essa avaliação tome por base, dentre outros parâmetros, a visão do paciente. Nesse caso, no entanto, a dificuldade reside, justamente, na diferença de opinião entre os médicos e os familiares sobre a utilidade das terapias disponíveis para Charlie, o que tornou necessário que a decisão fosse tomada pela justiça inglesa. Esta, por sua vez, ouvindo os dois argumentos, concordou com a equipe de saúde, e entendeu pela futilidade.

---

<sup>32</sup> *Idem, ibidem*, p. 264.

<sup>33</sup> *Idem, ibidem*, p. 264-266.

Talvez seja possível considerar que o sofrimento do bebê era tamanho, e que a probabilidade de cura, tão remota, que o mais generoso foi fornecer a ele uma morte digna, deixando a natureza seguir seu curso.

De todo modo, o sofrimento de Connie Yates e de Chris Gard, sentindo-se injustiçados e desamparados ao serem obrigados a desistir de seu filho, não pode ser desconsiderado. É necessário, então, verificar se o direito dos genitores não teria sido, de alguma forma, violado.

Não estamos, aqui, falando do direito de decidir em nome de Charlie, nem argumentando em prol da distanásia. Inclusive, como sustentam Hirschheimer e Constantino<sup>34</sup> e como já visto anteriormente, não existe uma obrigação ética por parte do médico de acatar os desejos dos pais quando o tratamento solicitado não possa ser considerado eficaz. Ao contrário, deve prevalecer, na escolha, a dignidade do paciente.

Ainda assim, o modo como a decisão foi tomada, no caso em exame, não nos parece satisfatória.

Nesse sentido, Connie Yates e Chris Gard alegam que teriam solicitado, meses antes da morte do filho, que fosse instaurado um procedimento de mediação para que a questão pudesse ser solucionada de maneira mais harmoniosa e eles se sentissem ouvidos. O Hospital, entretanto, teria negado o pedido, somente oferecendo a mediação nos últimos dias da vida de Charlie, quando a decisão já havia sido tomada judicialmente.<sup>35</sup>

Sobre o diálogo entre as equipes de saúde e os pacientes e familiares, Arantes<sup>36</sup> assim escreve:

---

<sup>34</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, *op. cit.*, p. 91.

<sup>35</sup> BURNS, Catherine. Charlie Gard's parents want 'Charlie's Law'. *BBC News*, Londres, 20 jun. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/health-44334306>. Acesso: 24 fev. 2021, não paginado.

<sup>36</sup> ARANTES, Ana Claudia Quintana, *op. cit.*, p. 168-170.

A conversa sobre a morte entre um médico e seu paciente nunca será um momento fácil. [...] Muitas vezes, o médico que já trabalha com Cuidados Paliativos não é aquele que terá a oportunidade de falar disso pela primeira vez. Essa abordagem inicial deveria ser feita por um clínico, pelo geriatra ou por qualquer outro médico que esteja pronto para fazer o diagnóstico de uma doença grave e incurável. Mas os médicos não recebem nenhum treinamento na faculdade para conversar sobre esses assuntos. Sabem falar sobre doenças, mas não sabem falar com os doentes sobre o sofrimento deles.

Outrossim, teria sido fundamental que a equipe de saúde tivesse conseguido se comunicar de forma mais horizontal com os pais da criança, e que o hospital tivesse oferecido, desde o início, alguma forma de conciliação, especialmente para que os genitores sentissem, no mínimo, que sua opinião foi considerada e que eles tinham alguma voz na decisão sobre a morte de seu filho. A boa comunicação faz parte, como vimos anteriormente, da correta aplicação dos cuidados paliativos e pressupõe um olhar não só para o sofrimento do paciente, como, também, de seus familiares.

Connie Yates e Chris Gard relataram, ademais, ter sido extremamente difícil e intimidador comparecer a um tribunal, especialmente naquelas circunstâncias, e que a maneira como se deu a escolha sobre a morte de Charlie tornou o processo de luto muito mais difícil.<sup>37</sup>

É de se imaginar que, em uma situação dramática como a que eles viveram, serem obrigados a lutar judicialmente pela vida do filho deve ter tornado a experiência toda muito mais dolorosa do que teria sido se os médicos tivessem conseguido explicar para os pais seu ponto de vista com clareza, e se estes últimos tivessem se sentido ouvidos e amparados. O Hospital errou, portanto, ao deixar de oferecer a mediação no momento em que foi solicitada.

---

<sup>37</sup> BURNS, Catherine, *op. cit.*, não paginado.

#### 4.1.2.1 Crianças e adolescentes Testemunhas de Jeová

Uma polêmica bastante conhecida dentre os casos de pacientes incapazes no momento de decidir sobre a morte diz respeito à transfusão de sangue em crianças e adolescentes Testemunhas de Jeová. Com relação aos adultos, não existe dificuldade, pois eles podem, como visto, recusar o procedimento.

O problema surge quando os pais, por motivos religiosos, opõem-se à administração de hemocomponentes a seus filhos, impondo-lhes sua visão de mundo e negando-lhes, com isso, a oportunidade de sobreviver. Ainda, quando o próprio paciente, a despeito de ser menor de idade, opõe-se a terapias necessárias para a manutenção de sua vida.

A questão a ser respondida é: a quem cabe decidir sobre a recusa de tratamentos quando a consequência seja a morte de um paciente legalmente incapaz em razão de sua idade?

Para Bastos<sup>38</sup>, caberia aos pais a decisão:

Sabe-se que o pátrio poder inclui a tomada das decisões que envolvem toda a vida dos filhos menores sob sua tutela. Não se pode negar, pois, a tomada de decisões pelos pais, desde que os filhos sejam atingidos pela incapacidade jurídica para decidirem por si mesmos. A decisão sobre não submeter-se a determinado tratamento médico, como visto, é perfeitamente legítima e, assim, inclui-se, como qualquer outra, no âmbito de decisão dos pais quando tratar-se de filho menor de idade.

De maneira diversa, Hirschheimer e Constantino<sup>39</sup> sustentam que, em tais casos, o princípio da autonomia permite aos adultos que recusem

---

<sup>38</sup> BASTOS, Celso Ribeiro, *op. cit.*, p. 31.

<sup>39</sup> CONSTANTINO, Clóvis Francisco; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, *op. cit.*, p. 88.

o procedimento, mas se a vida em jogo é a do filho, não podem os pais impor-lhes sua ideologia.

Ainda, o Enunciado 403 do Conselho da Justiça Federal, já visto anteriormente, revela entendimento no sentido de que a vontade da criança não pode ser suprida por seus representantes, só podendo a transfusão sanguínea ser recusada na hipótese de capacidade civil plena do paciente que se opõe ao procedimento.

A divergência doutrinária sobre o tema parece trazer bastante insegurança jurídica aos médicos, que passam a atuar sem qualquer certeza sobre como proceder em casos delicados como este.

Em decisão publicada em outubro de 2014, o Superior Tribunal de Justiça se pronunciou sobre o assunto, no *Habeas Corpus* nº 268.459 – SP (2013/0106116-5)<sup>40</sup>, relatado pela Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Referido remédio foi impetrado em favor de Hélio Vitória da Silva e Ildelir Bonfim de Souza, pais da adolescente Juliana, que faleceu em razão da não realização de transfusão de hemocomponentes, recusada por seus genitores, Testemunhas de Jeová.

No caso em análise, a paciente, de 13 anos de idade, sofria de anemia falciforme e, na madrugada de julho de 1993, foi internada no Hospital São José, tendo sido constatado pelos exames clínicos uma baixíssima quantidade de hemácias, o que exigia, com urgência, uma transfusão sanguínea. Seus pais, entretanto, apesar de devidamente esclarecidos pelos médicos do Hospital – que tentaram, a todo custo, convencê-los do tratamento –, recusavam-se a permiti-lo.

---

<sup>40</sup> BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Habeas Corpus* nº 268.459-SP (2013/0106116-5). Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Brasília, J. em 02 set. 2014. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=33010937&tipo=91&nreg=201301061165&SeqCgr maMessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20141028&formato=PDF&salvar=false>. Acesso: 24 fev. 2021.

Quando estavam prestes a conceder sua autorização, passaram a ser aconselhados pelo médico José Augusto Faleiro, adepto da religião, a recusarem a terapia. Assim, mesmo alertados para o fato de que não havia alternativa médica viável, declararam que preferiam ver a filha morta a consentir com o procedimento, já que, se este fosse realizado, acreditavam que a paciente ficaria impedida de entrar no paraíso.

Como consequência, Juliana acabou por falecer e, tanto os pais, quanto o médico que os aconselhou (e que chegou, inclusive, a assinar um termo assumindo toda responsabilidade pelo resultado da recusa do tratamento) foram denunciados por homicídio.

Na decisão proferida pelo STJ, ficou definido que os pais da adolescente não haviam cometido qualquer crime ao manifestarem sua recusa à terapia indicada. Inclusive, ao levarem a filha ao hospital, os genitores demonstraram que sua preocupação era, sim, salvar sua vida. Caberia, pois, aos médicos, na falta de alternativa viável, ignorar a vontade de seus genitores e realizar a transfusão. Ficou determinado, ao final do voto da Ministra Relatora, o seguinte:

Desta maneira, não obstante tratar-se dos pais ou responsáveis, a ausência de consentimento para a única saída para a preservação da vida de um adolescente, como na espécie, não representava, penso, óbice à transfusão de sangue, no horizonte descrito na denúncia. Exsurgiu, portanto, uma plêiade de fatores no período de internação retratado nos autos, a rechaçar a magnitude penal da atuação dos pacientes. Logo, se falha houve, teria sido, penso, dos médicos responsáveis pela internação, que, ausente a possibilidade de profícuo tratamento alternativo, não cumpriram com o seu dever de salvar a adolescente, com a única terapia de que dispunham.

Evidentemente, sustentamos ser papel dos médicos, ante a recusa em receber a transfusão sanguínea, buscar, sempre que possível, alternativas

viáveis que substituam a terapia – como, por exemplo, “cirurgias sem sangue”<sup>41</sup> –, inclusive porque, no caso de Testemunhas de Jeová, o sofrimento causado pela violação a preceitos religiosos que essas pessoas consideram fundamentais poderá ser acrescido, não raras vezes, à perda do convívio com seus familiares e com outros membros da comunidade religiosa.<sup>42</sup>

Concluindo-se, todavia, pela necessidade do procedimento, o ideal seria, é claro, que os médicos e os genitores chegassem a um consenso sobre a decisão. Contudo, dois fatores complicam ainda mais o cenário quando se trata de Testemunhas de Jeová.

O primeiro diz respeito ao fato de que a religião dos pais não necessariamente será adotada por sua prole no futuro, o que afasta a possibilidade de que a decisão de recusa de tratamento seja baseada na liberdade religiosa do paciente.

O segundo diz respeito ao fato de que as chances de que os pais e o médico cheguem a um acordo a partir de um diálogo claro sobre o quadro de saúde do enfermo são praticamente nulas, já que a decisão sobre a recusa de tratamento tomada pelos genitores não é baseada em prognósticos de vida ou morte, ou em quaisquer dados técnicos, mas sim, na dogmática religiosa, que não admite debate científico.

Qual deve ser, então, o procedimento adotado?

---

<sup>41</sup> Cf. GOHEL, Manjit S. et al. How to approach major surgery where patients refuse blood transfusion (including Jehovah's Witnesses). *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, Londres, The Royal College of Surgeons of England, v. 87, n. 1, p. 3-14, jan. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963852/pdf/15720900.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>42</sup> São vários os relatos de membros da comunidade de Testemunhas de Jeová que são instruídos a se afastarem de amigos e parentes que tenham se submetido à transfusão sanguínea. Nesse sentido, cf. SORIANO, Monica. As testemunhas de Jeová rejeitadas pelas próprias famílias. *BBC News Brasil*, 31 jul. 2017. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-40780269>. Acesso: 24 fev. 2021; COLLIANO, testimone di Geova accetta trasfusione, le figlie la ripudiano: “Sono disperata”. *Corriere del Mezzogiorno*, Nápoles, 15 fev. 2019. Disponível em: <https://corrieredelmezzogiorno.corriere.it/napoli/cronaca/19-febbraio-15/colliano-testimone-geova-accetta-trasfusione-figlie-ripudiano-sono-disperata-329087ec-3135-11e9-a827-7fd1dbc7108be.shtml>. Acesso: 24 fev. 2021.

O que se está a defender, desde o início, é que o paciente possa exercer de forma autônoma suas escolhas com relação aos tratamentos aos quais se submeterá, ou não. E, para que exista autonomia, é essencial que o enfermo seja capaz de compreender seu contexto médico e as consequências de decidir por um ou outro caminho.

Nesse ponto, é importante que se separe os menores de 18 anos em dois grupos: aqueles que não possuem capacidade de autodeterminação, e aqueles que já são capazes de compreender seu quadro clínico, e o que significa optar por uma ou outra terapia.

No Capítulo 3, quando tratamos da questão da autonomia para morrer na Bélgica, chegamos à conclusão de que, contanto que uma equipe multidisciplinar conclua pela capacidade do jovem de se autodeterminar, sua decisão deve ser respeitada, independentemente de sua idade.

Inclusive, no que diz respeito à escolha sobre a própria saúde, algo essencial para a construção da personalidade, é importante que se observe que o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, no artigo 17, a inviolabilidade da autonomia, dos valores, das ideias e das crenças das crianças e adolescentes.

Não obstante, o critério etário utilizado pelo Código Civil Brasileiro indica que os jovens são absolutamente incapazes quando tenham menos de 16 anos (artigo 3º), devendo ser representados; relativamente incapazes após os 16 anos (artigo 4º), quando deverão ser assistidos para a prática de atos civis – exceto em algumas hipóteses, como a emancipação, o casamento etc., em que a capacidade será alcançada antes (artigo 5º) –; e plenamente capazes somente após atingirem 18 anos.

É possível perceber, então, que a lei civil se utiliza, para a aferição da responsabilidade civil, de critérios que não permitem a análise, caso a caso, da capacidade psicológica de compreensão de cada indivíduo.

Contudo, nos parece evidente que alguns jovens atingirão a maturidade para compreender determinadas escolhas em um momento mais precoce, de acordo com diversos fatores – educação, genética, experiência de vida etc. –, ao passo que outros demorarão mais tempo para fazê-lo. Assim, os critérios objetivos adotados pelo Código Civil nem sempre corresponderão à realidade.

Sobre o tema, assim escrevem Sá e Moureira<sup>43</sup>:

[...] é incontestado que o Direito Civil, ao instituir o regime das incapacidades, pretendeu proteger os indivíduos que padecessem de qualquer limitação ao exercício da sua autonomia. A clássica teoria das incapacidades foi construída sob a égide do individualismo e do patrimonialismo, cujo propósito, inegável, era a proteção do patrimônio do incapaz. O escopo normativo de se garantir a segurança das relações jurídicas reclamava pela formulação de conceitos estáticos, imutáveis, cuja aplicabilidade decorria de um processo hermenêutico de pura subsunção. Esse modo de pensar o Direito foi mantido até o momento em que os próprios incapazes começaram a reclamar pelo reconhecimento da sua autonomia, ainda que limitada. Assim é que se faz necessário discutir, diante de cada circunstância fática, a capacidade e a autonomia privada dos então rotulados incapazes. [...] A presunção de incapacidade de um indivíduo menor de 16 anos, ou menor de 18 anos, é absoluta? Não poderiam estes indivíduos decidir sobre questões existenciais que digam respeito a sua autobiografia, ou a presunção de incapacidade impede seja construída a sua personalidade? Cada vez mais estamos diante de situações fáticas em que o exercício da autonomia dos incapazes deve ser levado em consideração, ainda que a própria lei tenha estabelecido uma presunção de incapacidade pela idade.

Assim, ainda que o Código Civil pretenda, com seu regime de incapacidades, proteger o patrimônio do menor de idade, quando se trate de questões mais fundamentais, relativas à saúde, à vida, e à morte, o direito

---

<sup>43</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 163.

de autonomia do jovem capaz de se autodeterminar não deveria poder ser negado.

Note-se que, no que diz respeito, por exemplo, à possibilidade de escolher sobre ser, ou não, adotado, o artigo 45, §2º do Estatuto da Criança e do Adolescente exige o consentimento do adolescente – que, segundo o artigo 2º desse estatuto, é aquele que possui entre 12 e 18 anos – e, tratando-se de criança, ou seja, de menor de 12 anos, sua opinião deverá ser, tão somente, considerada.

Disso se conclui que existem diversos critérios etários adotados pela lei brasileira para diferentes situações, a depender de envolverem questões patrimoniais, questões relacionadas ao direito de família (o relativamente capaz pode, por exemplo, casar, cumpridos alguns requisitos), etc. Faz sentido entender que o adolescente é maduro o suficiente para decidir sobre quem serão seus pais adotivos, ou sobre quem será a pessoa com a qual ele constituirá uma família e terá filhos, mas não sobre sua saúde?

O critério etário é mais simples de ser aferido, porque não demanda que toda uma equipe multidisciplinar examine se cada sujeito é, efetivamente, capaz para determinado ato e, ademais, aparenta maior objetividade, na medida em que impede que subjetivismos, preconceitos ou critérios discriminatórios sejam adotados na aferição da capacidade de uma pessoa.

Entretanto, quando se trata de uma decisão que envolve a vida e a morte do paciente, está-se diante de algo que vai muito além da realização de um negócio jurídico com impactos patrimoniais que possam ser prejudiciais e que demandem, portanto, de assistência ou representação pelos pais.

O caso de Hannah Jones é interessante para exemplificar como uma adolescente de 13 anos pode ter, a depender das circunstâncias, a capacidade de se autodeterminar. A garota, que possuía um tipo raro de câncer

– leucemia mieloide aguda – desde os 5 anos de idade, cujo tratamento envolvia medicamentos tão fortes que levaram ao surgimento de um sério problema cardíaco, decidiu, após uma vida toda entrando e saindo do Hospital, recusar o transplante de coração necessário para sua sobrevivência, e voltar para casa, onde gostaria de morrer com dignidade. Seus pais concordaram com sua decisão, a contragosto dos médicos, que queriam seguir com o tratamento. Foi enviado um assistente social para conversar com Hannah e verificar seu grau de capacidade, e ele concluiu que ela estava plenamente ciente da decisão que estava tomando. Assim, nenhuma ação judicial foi ajuizada.<sup>44</sup>

Parece claro, para nós, que a forma mais justa de tratar crianças e adolescentes com doenças terminais e incuráveis é permitir que sua capacidade de autodeterminação seja avaliada, caso a caso, por uma equipe multidisciplinar e, quando esta última constate a presença de autonomia na escolha tomada, que prevaleça a vontade do paciente.

Aplicar o mesmo raciocínio para as crianças Testemunhas de Jeová, especialmente na perspectiva de alguém que não seja adepto desta religião e considere um desperdício da vida daquele jovem, parece mais doloroso do que aceitar que uma garota como Hannah Jones, que não tinha, potencialmente, chances significativas de viver uma vida longa, plena e feliz, decida morrer. Mas essa é uma forma de paternalismo que devemos encarar com prudência e, eventualmente, evitar.

É possível argumentar, neste ponto, que é bastante provável que uma criança como Hannah Jones, que viveu sua vida toda doente, tenha uma compreensão melhor e mais lúcida sobre seu quadro de saúde e sobre o impacto de aceitar ou recusar determinado tratamento, do que uma criança que, como a menina testemunha de Jeová mencionada acima – que

---

<sup>44</sup> *Idem, ibidem*, p. 162-163.

possuía, também, 13 anos de idade –, viveu sua vida toda protegida e, ademais, teve a crença de seus pais a ela imposta desde muito cedo.

Fato é, também, que quando éramos crianças adotávamos uma ou outra conduta e, ao crescermos, muitas vezes, mudamos totalmente de opinião, de gostos e, por que não, de crenças. Mas, não é verdade que isso pode acontecer em qualquer momento de nossas vidas e, com frequência, nos vemos mudando completamente de comportamento, mesmo quando já somos, há anos, legalmente adultos?

O que se está a defender aqui não é que todo e qualquer adolescente possa decidir sobre sua saúde sozinho, e nem que, por exemplo, uma criança de cinco anos decida sobre sua morte, já que esta, certamente, não possuirá ferramentas cognitivas suficientes para isso. Diversamente, propõe-se, apenas, que exista uma análise mais individualizada do paciente, sem que se leve em conta, apenas, o fator etário. A idade pode servir como um parâmetro, um indicativo. Mas não pode ser um critério absoluto e exclusivo. Nesse sentido, um jovem de 17 anos no último dia antes de seu aniversário certamente não será menos capaz do que no dia seguinte, apenas por completar 18 anos. E se ele já é capaz de se autodeterminar, e de decidir que, para ele, é melhor morrer do que receber, em seu corpo, o sangue de outra pessoa, obrigá-lo a isso seria uma terrível violação de sua integridade física, psicológica, e de sua dignidade.

A solução dada por Sá e Moureira<sup>45</sup>, que nós também adotamos, parte do pressuposto de que a opção religiosa dos pais não implica, necessariamente, que seus filhos deverão segui-la, de modo que caso não seja possível comprovar o discernimento do jovem para decidir sobre sua vida e sua morte (algo a ser avaliado, como já dissemos, por uma equipe multidisciplinar), deve ser preservada a vida, cabendo “ao médico, portanto,

---

<sup>45</sup> *Idem, ibidem*, p. 162-167.

realizar os procedimentos que o caso requeira, com ampla liberdade e independência”:

Em se tratando de testemunhas de Jeová, somos pela prevalência de processos universais de tratamento médico em crianças e adolescentes que necessitam de transfusão sanguínea, mesmo que seus pais professem religiões que a proibam. Só assim lhes poderá ser assegurado o exercício futuro da autonomia privada. Entendemos, todavia, que há adolescentes que, mesmo incapazes legalmente, têm discernimento suficiente para expressar vontade contrária ao tratamento médico preconizado. Em casos assim, esgotadas as medidas de persuasão, sua decisão deverá ser acatada, como foi o caso de Hannah Jones.

Assim, estando presente a capacidade de autodeterminação do paciente, esta deve ser respeitada. Caso contrário, a decisão final, quando a recusa terapêutica implique a morte de criança ou adolescente, deverá ser do médico.

Nesse sentido, Kipper<sup>46</sup>, analisando o caso de uma criança de 9 anos – que, pela tenra idade, não possuía capacidade de autodeterminação –, chegou à seguinte solução:

[...] As opiniões de muitas cortes têm adotado a noção, pela primeira vez aplicada no famoso caso de Prince VS. Massachusetts, de que os pais podem fazer mártires de si próprios por uma convicção religiosa, mas não têm a liberdade de fazer de seu filho um mártir. Em muitas decisões, desde então, as cortes têm dado aos médicos o direito de fazer transfusões ou outras terapias aceitáveis, quando há risco de vida para a criança. Chegamos, então à conclusão de que eticamente podemos discordar da decisão dos pais, neste caso, ao considerar que o paciente, de 9 anos de idade, não é competente para tomar decisões autônomas.

---

<sup>46</sup> KIPPER, Délio José, *op. cit.*, 1997, p. 72.

É de se concluir, então, que não sendo o paciente capaz, ainda, de se autodeterminar, ou estando ele inconsciente, no embate entre o médico e os pais, que preferem a morte ao tratamento, a vontade do primeiro, especialmente quando não haja tempo hábil de se socorrer do Poder Judiciário, deverá prevalecer.

Por esse motivo, divergimos da opinião de Bastos mencionada acima, e entendemos que os médicos não devem, diante de uma decisão dos pais que possa violar os interesses fundamentais de seus filhos, simplesmente acatá-la.

Não é tarefa simples tratar do caso de Testemunhas de Jeová. Primeiro porque, como dito, quando não somos adeptos dessa crença, a perda da vida de uma criança que teria todo um futuro pela frente nos parece, no mínimo, um desperdício. Ficamos tentados a protegê-la de sua própria vontade, esteja ela no grau de desenvolvimento que for.

Entretanto, sob pena de nossa atuação ganhar contornos paternalistas, precisamos deixar de lado esse incômodo inicial e permitir que uma equipe multidisciplinar analise, com cautela especial, o grau de desenvolvimento do paciente, de uma forma que não se leve em consideração, tão somente, sua idade, avaliando se ele já possui maturidade suficiente para escolher sobre sua saúde e, sobretudo, sobre viver ou morrer, e se sua opção é dotada, efetivamente, de autonomia.

Quando, entretanto, a criança ou o adolescente não demonstrem, ainda, capacidade de se autodeterminar, ou caso se encontrem inconscientes, acreditamos que os pais não poderão decidir, sozinhos, sobre os rumos do tratamento. Essa decisão deverá ser tomada por meio do diálogo com os médicos, que poderão dizer quais os benefícios e malefícios de se agir de uma ou outra maneira.

Como visto, no caso de Testemunhas de Jeová, é bastante improvável que os pais possam ser convencidos, com base em argumentos científicos,

a aceitar tratamentos como a transfusão de sangue, pois suas crenças estão no campo da dogmática religiosa, no qual o debate racional encontra limites rígidos e, muitas vezes, intransponíveis.

Por esse motivo, defendemos que, em tais situações, se houver urgência e não for possível consultar, em tempo, a Comissão de Bioética do hospital ou o Poder Judiciário, deverá prevalecer a opinião dos profissionais de saúde, e a vida do paciente haverá de ser preservada.

#### **4.1.3 A diferença moral entre a eutanásia ativa direta e a ortotanásia, e entre a eutanásia ativa direta e o suicídio assistido**

Dentre as práticas relacionadas à autonomia para morrer, a mais aceita costuma ser a ortotanásia. Inclusive, enquanto a eutanásia ativa e o suicídio assistido são, no Brasil, condutas tipificadas como crimes contra a vida, a eutanásia passiva não o é.

Existe um certo consenso com relação à possibilidade de se recusar tratamentos, deixando que a morte venha naturalmente, ainda que o motivo seja, como no caso das Testemunhas de Jeová, de cunho religioso.

Ademais, mesmo nos países em que a eutanásia e o suicídio assistido são permitidos – que não são muitos, apesar de a tendência ser de que esse número seja cada vez mais expressivo –, é comum que existam requisitos rígidos para que seja possível a prescrição – ou a administração direta pelos médicos – de medicamentos letais, sendo determinante, via de regra, a presença de uma doença terminal e incurável, com expectativa de vida extremamente reduzida, etc. Quando se trata da recusa de tratamentos, entretanto, o rigor não é o mesmo.

É verdade, também, que existem mais lugares que aceitam o auxílio ao suicídio do que a eutanásia ativa direta, como se prescrever um medicamento letal fosse moralmente preferível a administrá-lo, diretamente, ao paciente, causando sua morte. Nesse sentido, apesar de haver países

que, como a Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Colômbia e Canadá aceitam as duas formas de assistência à morte, a Suíça, o estado de Vitória na Austrália<sup>47</sup>, e todos os estados norte-americanos que aqui analisamos somente permitem o suicídio assistido.<sup>48</sup>

Significa isso que existe uma diferença fundamental que torne a eutanásia ativa ou o suicídio assistido mais errados, ou mais graves, do que a eutanásia passiva? Ou que torne o auxílio ao suicídio mais correto do que a eutanásia ativa direta?

Parece haver um certo conforto em deixar que a morte venha “naturalmente”, em vez de prescrever ou injetar uma substância letal no paciente, acelerando sua morte. O mesmo se diga com relação a dar o medicamento para que o paciente o ingira sozinho e este seja, em última instância, o causador da própria morte.

Na prática, entretanto, a eutanásia ativa direta e o suicídio assistido podem ser muito mais benéficos para o paciente do que a eutanásia passiva, e a eutanásia ativa pode ser mais generosa do que o suicídio assistido, a depender do caso. É o que veremos.

Em 1992, aos 21 anos, a italiana Eluana sofreu um acidente de trânsito que a deixou em coma profundo, tornando-a “absolutamente incapaz de expressar qualquer contato, cognitivo ou emotivo” com o mundo exterior. Seu coma permaneceu por 17 anos.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> No caso de Vitória, como vimos, somente o suicídio assistido será, via de regra, permitido, salvo quando o paciente não tenha capacidade física de encerrar sua vida, caso em que será permitida a eutanásia ativa direta.

<sup>48</sup> DAVIS, Nicola. Euthanasia and assisted dying rates are soaring. But where are they legal? *The Guardian*, Reino Unido, 15 de jul. 2019. Disponível em: <https://www.theguardian.com/news/2019/jul/15/euthanasia-and-assisted-dying-rates-are-soaring-but-where-are-they-legal>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>49</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 167; e DINIZ, Débora; LIONÇO, Tatiana. Morte digna e luto: direitos a considerar. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 15 fev. 2009. Disponível em: <https://alias.estadao.com.br/noticias/geral,morte-digna-e-luto-direitos-a-considerar,324173>. Acesso: 24 fev. 2021, não paginado

O pai de Eluana, Beppino Englaro, entrou na justiça e, por 12 anos, lutou para conseguir uma autorização para deixá-la morrer, pois alegava ser esta a vontade expressa da filha, manifestada antes do acidente.<sup>50</sup>

Na qualidade de seu tutor, requereu, em 1999, que a alimentação artificial que mantinha Eluana viva fosse interrompida. O pedido, entretanto, foi rejeitado pelo Tribunal de Lecco e pelo Tribunal de Apelação de Milão.<sup>51</sup>

A questão foi levada ao judiciário novamente e, em 2002, o processo chegou à Suprema Corte de Cassação, mas foi indeferido por uma questão formal, uma vez que não havia sido nomeado um curador especial para acompanhar o caso. Em 2006, então, foi realizado um novo pedido (desta vez com nomeação de curador especial, que aderiu ao pedido do pai de Eluana) e, em 02 de fevereiro do mesmo ano, o Tribunal de Lecco julgou inadmissível a pretensão, uma vez que nem o pai (tutor) nem o curador especial possuiriam legitimidade para solicitar a morte, já que tal pedido, para os juízes, diria respeito a direitos personalíssimos.<sup>52</sup>

Além da questão da legitimidade, o Tribunal de Lecco entendeu, nesta ocasião, que o ordenamento jurídico italiano não admitia que uma terapia médica ou a alimentação artificial fossem interrompidos porque estes

---

<sup>50</sup> DINIZ, Débora; LIONÇO, Tatiana, *op. cit.*, não paginado

<sup>51</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 168-169.

<sup>52</sup> *Idem, ibidem.*

seriam, de acordo com sua interpretação dos artigos 2 e 32 da Constituição italiana<sup>53</sup>, um “dever de solidariedade”.<sup>54</sup>

Ante tal negativa, foi apresentado recurso, mas a Corte de Apelação de Milão, em 16 de dezembro de 2006, também rejeitou o pedido. Diverentemente do Tribunal, a Corte entendeu que haveria legitimidade do tutor e do curador especial para a pretensão, mas negou o pedido no mérito por entender que não seria possível considerar que Eluana estivesse clinicamente morta, já que a morte ocorre quando todas as funções cerebrais se encerram e isso não havia, no caso, ocorrido. Assim, seria indispensável a manifestação de vontade da paciente para determinar se o tratamento ao qual ela estava sendo submetida deveria, ou não, ser suspenso.<sup>55</sup>

A Corte entendeu, ainda, que o direito à vida seria um “bem supremo”, não havendo, portanto, um direito à morte.<sup>56</sup>

A questão foi levada à Suprema Corte de Cassação da Itália. Para esta Corte, o consentimento informado seria essencial para legitimar o tratamento médico aplicado e, sem tal consentimento, o tratamento seria ilícito, sob pena de violação da liberdade individual da paciente. Para a Corte, então, no caso de Eluana, estando ela inconsciente, e “considerando que a Itália carecia de uma legislação específica para solucionar o caso, caberia ao Juiz a delicada tarefa de reconstruir a regra aplicável à espécie [...]”.<sup>57</sup>

---

<sup>53</sup> “Art. 2º. A República reconhece e garante os direitos invioláveis do homem, quer como ser individual quer nas formações sociais onde se desenvolve a sua personalidade, e requer o cumprimento dos deveres inderrogáveis de solidariedade política, económica e social.” e “Art. 32. A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamentos gratuitos aos indigentes. Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento sanitário, salvo disposição de lei. A lei não pode, em hipótese alguma, violar os limites impostos pelo respeito à pessoa humana.” (ITÁLIA. *Constituição da República Italiana*. Costituzione Della Repubblica Italiana (edizione in lingua portoghese). Disponível em: [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVII/COST\\_PORTOGHESE.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVII/COST_PORTOGHESE.pdf). Acesso: 24 fev. 2021).

<sup>54</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 168-169.

<sup>55</sup> *Idem, ibidem*, p. 169.

<sup>56</sup> *Idem, ibidem*, p. 170.

<sup>57</sup> *Idem, ibidem*, p. 171.

Por fim, tendo entendido que o tutor seria parte legítima para representar a vontade do paciente frente aos médicos, o magistrado acolheu o recurso. O feito foi devolvido a uma outra Seção da Corte de Apelação de Milão, a qual, finalmente, autorizou a interrupção da alimentação e da hidratação de Eluana, que eram feitos por meio de uma sonda nasogástrica. Houve recurso, mas a Suprema Corte o julgou inadmissível, e ocorreu, finalmente, o trânsito em julgado da sentença.<sup>58</sup>

Note-se que, no caso, o Poder Judiciário italiano entendeu que a suspensão da alimentação e da hidratação, uma vez que estas estavam sendo realizadas de forma artificial, seriam uma forma de interrupção de tratamento.

Outro caso emblemático, narrado por Singer<sup>59</sup>, é o de Terri Schiavo, que, após passar quinze anos em estado vegetativo persistente, morreu em uma unidade de cuidados paliativos na Flórida, nos Estados Unidos, em 2005, mas não antes de uma longa batalha judicial e midiática.

O marido de Terri, Michael Schiavo, queria que fosse permitido à sua esposa morrer, e alegava que ela havia dito a ele, expressamente, que essa seria sua vontade caso um dia se visse em uma situação como aquela. Os pais de Terri, entretanto, negavam que esse fosse o desejo da filha, e o caso foi levado à justiça.<sup>60</sup>

As decisões judiciais foram favoráveis a Michael, mas quando o caso se tornou público, a causa foi abraçada por aqueles contrários à eutanásia, de modo que a assembleia legislativa da Flórida foi convencida a aprovar uma nova lei que mantivesse o processo nos tribunais do estado e quando, novamente, os juízes se manifestaram favoráveis à morte de Terri, o Congresso Federal foi convocado, durante o recesso parlamentar, com a

---

<sup>58</sup> *Idem, ibidem*, p. 172-173.

<sup>59</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 254-255.

<sup>60</sup> *Idem, ibidem*.

finalidade específica de aprovar uma lei especial que determinasse que o caso fosse levado a um tribunal federal. Nessa ocasião, segundo Singer<sup>61</sup>, o então presidente “George W. Bush pegou um avião de seu rancho no Texas para a capital, Washington, só para assinar essa lei”. Entretanto, contrariamente ao que se esperava, o tribunal federal manteve a decisão do tribunal estadual, determinando a remoção da sonda alimentar da esposa de Michael, e a Suprema Corte recusou-se a acatar o recurso interposto contra tal decisão. Finalmente, Terri Schiavo morreu. Após, com a necropsia, foi revelado que seu cérebro estava severamente atrofiado, e que seu quadro era, de fato, irreversível.

Sá e Moureira<sup>62</sup>, ao comentarem o caso de Terri Schiavo e de Eluana Englaro, destacam que elas teriam morrido de fome e de sede. Para estes autores, a verdadeira questão a ser colocada seria a seguinte: “qual a linha divisória entre matar e deixar alguém morrer? Concordamos que Terri (e Eluana) morra(m) de fome, mas não ‘somos’ capazes de matá-las”?

Será que administrar uma substância que leve à morte é tão diferente de retirar um suporte vital que esteja mantendo a vida de forma artificial, como aconteceu com Nancy B., por exemplo? A retirada de um respirador ou de uma sonda nasogástrica não poderia ser considerada um ato comissivo?

Ademais, qual a relevância de ter sido a morte causada por uma ação ou por uma omissão, se o resultado buscado é o mesmo?

Acreditamos que faz muito mais sentido, uma vez que se opte pela morte, que esta ocorra da melhor maneira possível, não sendo prolongada

---

<sup>61</sup> *Idem, ibidem*. Cf. HULSE, Carl; KIRKPATRICK, David D. Congress Passes and Bush Signs Legislation on Schiavo Case. *The New York Times*, Nova Iorque, 21 mar. 2005. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2005/03/21/politics/congress-passes-and-bush-signs-legislation-on-schiavo-case.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>62</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna, *op. cit.*, p. 175.

indeterminadamente, até que o paciente morra de fome ou de sede. Essa, sim, parece uma forma cruel e penosa de tirar a vida.

Como destacam Diniz e Tatiana Lionço<sup>63</sup>, a “fronteira entre eutanásia passiva e ativa é tênue, mas a diferenciação oferece conforto aos teólogos, médicos e enfermeiros envolvidos na tomada de decisão sobre a morte”. O mesmo pode ser dito com relação ao auxílio ao suicídio.

Cabe lembrar, neste ponto, a decisão proferida nos Estados Unidos no caso *Baxter v. Montana*<sup>64</sup>, mencionada no Capítulo 3.

Como já foi dito, em Montana não foi, ainda, elaborado um ato para a morte com dignidade, nos termos de outros estados norte-americanos que aceitam a prática. Entretanto, existe uma decisão de 2009 proferida pela Suprema Corte do estado que autoriza o suicídio assistido.

Em referida decisão, ficou estabelecido, dentre outras coisas, que haveria muito pouca diferença prática entre a retirada do suporte vital do paciente e a prescrição de um medicamento letal, de modo que não faria sentido proibir o suicídio assistido e permitir a ortotanásia. Veja-se o seguinte trecho da decisão, que deixa claro que a retirada do suporte vital pode ser entendida como uma ação, e não como uma omissão:

No voto dissidente se afirma que a Lei dos Doentes Terminais apenas permite “retirar ou abster-se de dar” tratamento médico de suporte à vida. A definição de “retirada” apresentada pela dissidência confirma que essa “retirada” é, por si só, um ato direto do médico. “Retirada” é “o ato de tirar ou retirar” algo que foi concedido. [...] “Dar” é um ato, assim como “retirar”.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> DINIZ, Débora e LIONÇO, Tatiana, *op. cit.*, não paginado.

<sup>64</sup> ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. SUPREMA CORTE DE MONTANA. *Baxter v. Montana*, *op. cit.*

<sup>65</sup> *Idem, ibidem*. Tradução nossa. O original está assim redigido: “The Dissent states that the Terminally Ill Act only allows the “taking away of, or refraining from giving” life-sustaining medical treatment. The Dissent’s definition of “withdraw” confirms that this “taking away” is, itself, a direct act by the physician. “Withdrawal” is “the act of taking back or away” something that was granted. [...] The “giving” is an act, as is the “taking away”.

Na visão de Singer<sup>66</sup>, não haveria uma diferença moral intrínseca entre matar e permitir a morte. Para este autor, a morte poderá ser moralmente aceita, ou não, sem que isso dependa, exclusivamente, de ela resultar de uma ação ou de uma omissão.

Singer<sup>67</sup> destaca, ainda, que permitir que alguém morra por meio da eutanásia passiva “já é aceito como procedimento humanitário e apropriado em certos casos” e, portanto, a eutanásia ativa também “deveria ser aceita como humanitária e apropriada em determinadas circunstâncias”. Isso fica ainda mais claro, para o autor, quando são levadas em consideração outras diferenças entre matar e deixar morrer, que Singer chama de “extrínsecas”, como, por exemplo, aquelas que dizem respeito ao tempo que a morte levará para a ocorrer. Tendo tais critérios em vista, a eutanásia ativa poderá ser, a depender do caso concreto, o procedimento mais humanitário:

Em resumo: as maneiras passivas de pôr fim à vida resultam numa morte arrastada. [...] Se somos capazes de admitir que nosso objetivo é uma morte rápida e indolor, não deveríamos permitir que o acaso determinasse se esse objetivo será ou não alcançado. Tendo optado pela morte, devemos-nos certificar de que ela ocorra da melhor maneira possível.<sup>68</sup>

Uma última reflexão a ser realizada com relação à ortotanásia diz respeito ao apelo que existe em afirmar que a morte ocorreu de forma “natural”, como se morrer “naturalmente” fosse algo, em si, valioso.

Contudo, como questiona Arantes<sup>69</sup>, “O que é morte natural no mundo em que a ciência fala de células-tronco?”

---

<sup>66</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 276.

<sup>67</sup> *Idem, ibidem*, p. 279.

<sup>68</sup> *Idem, ibidem*, p. 279-281.

<sup>69</sup> ARANTES, Ana Claudia Quintana, *op. cit.*, p. 82.

Singer<sup>70</sup>, sobre o caso de Terri Schiavo, assim escreve:

Em 2004, em meio à polêmica por causa de Terri Schiavo, o papa João Paulo II afirmou categoricamente que não se deve remover a sonda alimentar de pessoas em estado vegetativo, alegando que “fornecer água e alimento, mesmo que por meios artificiais, sempre representa uma maneira natural de preservar a vida, e não um ato da medicina”. É difícil entender como a utilização de uma sonda alimentar possa não ser um ato da medicina: o posicionamento da sonda não é algo que pessoas sem treinamento na área da saúde consigam fazer. Haveria de fato uma diferença moral significativa entre remover um respirador e retirar uma sonda alimentar?

Realmente, não é fácil estabelecer o que representaria uma manutenção da vida de modo “natural”, e o que seria artificial. Comer e beber, de fato, são coisas que fazemos naturalmente, assim como respirar. Entretanto, na medida em que precisamos de sondas nasogástricas para receber alimentos e líquidos, e de respiradores artificiais para recebermos oxigênio, quão “natural” é nossa existência?

Finalmente, com relação à distinção entre o suicídio assistido e a eutanásia ativa, cumpre rememorar a observação feita quando da análise da autonomia para morrer na Holanda, realizada no Capítulo 3, em que se constatou que os médicos holandeses, geralmente, preferem administrar eles próprios a substância letal, uma vez que isso impede que o paciente, em seu frágil estado de saúde, encontre dificuldades para ingerir o medicamento. Assim, para esses profissionais de saúde, a eutanásia ativa garantiria, geralmente, uma morte mais digna e pacífica do que o suicídio assistido.

A preocupação maior desses médicos parece ser com relação ao conforto e à tranquilidade do paciente em seu momento final e, realmente,

---

<sup>70</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 278-279.

nos parece que o mais ético é atuar de modo a fazer o máximo para garantir que a morte ocorra da melhor maneira possível, ainda que isso implique uma atuação ativa por parte daquele que presta o auxílio.

Um caso que revela, com ainda mais nitidez, como a eutanásia ativa pode, por vezes, ser o caminho mais generoso – ou, mesmo, o único possível –, é o de Jack Kevorkian.

Kevorkian era um médico de Detroit apelidado pela imprensa de “Dr. Morte”, uma vez que construiu diversas máquinas para o suicídio assistido, sobre as quais escrevia e falava na televisão.<sup>71</sup>

O médico buscou auxiliar aquelas pessoas que, a despeito de desejarem a morte, não contavam com ajuda para isso. Para este fim, ele utilizava-se, no início, de uma “máquina de suicídio”, que era uma haste de metal que possuía três frascos diferentes, ligados a um cateter intravenoso. Este último era introduzido na veia do paciente, e o conteúdo do primeiro frasco, uma solução salina inofensiva, era injetado. Mais tarde, o paciente poderia acionar uma chave que permitia a liberação do conteúdo do segundo frasco (uma droga que induzia ao coma) e, após, automaticamente, o conteúdo do terceiro frasco, uma droga letal, era liberado.<sup>72</sup>

Kevorkian sempre conseguiu se livrar das perseguições criminais que sofria, uma vez que seguia a lei ao pé da letra, garantindo que seus pacientes fossem filmados manifestando a voluntariedade da morte, e praticando o ato eles mesmos. Foi apenas em 1998 que o ex-médico acabou preso e condenado a oito anos de prisão.<sup>73</sup>

Thomas Youk, um paciente auxiliado por ele, tinha esclerose lateral amiotrófica (doença de *Lou Gehrig*), de modo que não tinha controle sobre seus músculos e, por isso, era incapaz de acionar as chaves da máquina da

---

<sup>71</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 262.

<sup>72</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 263.

<sup>73</sup> *Idem, ibidem*, 263-264.

morte criada pelo médico, ou mesmo de tomar medicamentos. Kevorkian, então, aplicou, diretamente, a injeção letal no paciente. Ele, com isso, cruzou a linha entre o auxílio ao suicídio e a eutanásia ativa direta, levando à sua condenação por homicídio.<sup>74</sup>

Nesse ponto, há de se retomar a discussão iniciada nos capítulos anteriores, quando tratamos da distinção entre a eutanásia e o suicídio assistido, e da regulamentação de tais práticas. É razoável entender que a conduta do médico foi mais grave, apenas porque ele ajudou, diretamente, uma pessoa que não podia encerrar sua vida por si própria, a fazê-lo?

Acreditamos que não. Inclusive, condenar um médico que arriscou a própria liberdade para ajudar um paciente que, em razão de uma condição neurodegenerativa, não possui a mobilidade necessária para praticar, por si mesmo, o suicídio, seria uma patente forma de violação do direito à igualdade, já que o enfermo ficaria privado de uma morte digna, apenas por possuir uma limitação física que o deixa, injustamente, fora do alcance da lei.

Mesmo no estado australiano de Vitória, em que apenas o suicídio assistido é, via de regra, autorizado, na hipótese de o paciente não ter a possibilidade de, sozinho, praticá-lo, a eutanásia ativa direta é permitida.

Não vemos nenhuma distinção moral, a priori, entre o suicídio assistido e a eutanásia ativa, mas nos parece que a atuação mais correta é a do médico que, participando direta ou indiretamente do momento da morte, faz de tudo para garantir o bem-estar do paciente e que sua vontade seja respeitada: se for, por exemplo, a de receber um medicamento para tomá-lo por conta própria, que assim seja. Mas se a preferência for por receber uma injeção letal, essa vontade deverá, também, ser respeitada.

---

<sup>74</sup> *Idem, ibidem.*

Pouco importa, ademais, se uma ação ou uma omissão levaram à morte, inclusive porque sequer é possível afirmar que a retirada do suporte vital configuraria uma abstenção, já que “retirar”, ou “desligar”, como visto, implicam uma ação por parte do médico. Não só, em muitos casos, a ortotanásia poderá significar uma morte muito mais demorada e sofrida, algo que parece importar muito mais do que qualquer discussão semântica.

Como visto quando da análise da sentença T-970 da Corte Constitucional Colombiana, são vários os procedimentos que podem garantir o direito à morte digna, como a eutanásia ativa, o suicídio assistido, a eutanásia passiva e os cuidados paliativos. Assim, diante dessa diversidade de práticas médicas, é recomendável que cada paciente, a depender de qual seja sua vontade, escolha aquela que melhor atenda a seus interesses fundamentais.

Outrossim, com base nos direitos à liberdade e à autonomia, nos princípios da dignidade e da laicidade estatal, e considerando que a vida é um bem disponível, o que sustentamos é que todas as modalidades previstas para o auxílio à morte digna sejam colocadas à disposição dos pacientes, para que eles optem, livremente, sobre como e quando desejam morrer.

#### **4.1.4 A justificativa de Dworkin para permitir que sejam cumpridas as diretivas antecipadas de vontade deixadas por pessoas enquanto lúcidas e que foram, depois, acometidas por alguma forma de demência, e o contraponto trazido por Rebecca Dresser**

Como vimos em momentos anteriores, pessoas capazes podem escrever diretivas antecipadas de vontade nas quais determinem como querem ser tratadas caso, em algum momento de suas vidas, encontrem-se inconscientes. A autonomia previamente manifestada, então, terá seus

efeitos prolongados no tempo, e será possível dizer que qualquer recusa de tratamento que tome por base, por exemplo, um testamento vital, será autônoma e voluntária.

Claro que o ideal é que a manifestação de vontade ocorra no presente, pois apenas nesse momento ter-se-á todos os elementos em mãos para a tomada da decisão: conheceremos o que é, efetivamente, viver com aquela enfermidade, teremos conhecimento das terapias mais avançadas disponíveis no momento, e enfrentaremos, da maneira mais objetiva possível, a escolha entre viver e morrer de forma concreta, e não apenas teórica e abstrata.

Entretanto, quando isso não for possível, as diretivas antecipadas de vontade são a melhor forma de honrar o direito à autonomia do paciente. No mais, o testamento vital deverá ser interpretado levando em conta o descompasso entre o passado e o presente. Assim, se quando o instrumento foi escrito não havia uma cura para a enfermidade em questão e, no momento de se executá-lo a medicina já tenha feito novas descobertas naquele campo, o médico deverá levar isso em consideração.

É possível dizer, então, que quando o testamento vital é a única maneira de se conhecer a vontade do paciente que se encontre inconsciente, é imprescindível que ele seja cumprido, tomando-se, não obstante, as devidas cautelas.

Möller<sup>75</sup>, nesse sentido, entende ser necessário:

[...] consultar os familiares e outros indivíduos próximos do paciente incapacitado, buscando confirmar o posicionamento por este anteriormente expresso e verificar a inexistência de manifestações de vontade posteriores em sentido diverso, feitas por escrito ou mesmo oralmente. De qualquer forma,

---

<sup>75</sup> MÖLLER, Letícia Ludwig, *op. cit.*, p. 105.

frente às dificuldades expostas, admite-se que as diretrizes antecipadas constituem-se em instrumentos ainda precários, havendo necessidade de cautela para a sua aplicação como critério definidor da terapia e das decisões de fim da vida.

Se o paciente tiver deixado instruções sobre como gostaria de ser tratado na eventualidade de uma enfermidade, sem que haja indícios de que ele tenha mudado de opinião, parece fácil sustentar que, futuramente, encontrando-se ele inconsciente, suas diretivas deverão ser honradas. A dificuldade surge quando ele se encontra consciente, mas sem a lucidez de outros tempos.

Essa temática possui grande relevância prática, já que as maiores vítimas da demência são, estatisticamente, os idosos<sup>76</sup>. Assim, considerando o crescente envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, o debate bioético em torno dos direitos e da autonomia dessas pessoas passa a ser fundamental.

Nas palavras de Cláudia Burlá et al.<sup>77</sup>:

Ao subestimarmos os valores biográficos do idoso com demência e percebê-lo como um árido conjunto de variáveis biológicas, nos transformamos em profissionais que tratam de uma doença que, mais do que tratamento, requer cuidados ao paciente, estendidos aos seus familiares. [...] A atualidade do aumento do envelhecimento no mundo, conquista admirável da civilização, traz intrínseco o desafio da presença crescente de idosos incapacitados que incitam a uma mudança radical nas relações humanas que, agora, precisam incluir na sua dinâmica a ética do cuidado.

---

<sup>76</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Dementia: a public health priority*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458\\_eng.pdf;jsessionid=3A487B4BoFAE4EC6443oCD6805156229?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=3A487B4BoFAE4EC6443oCD6805156229?sequence=1). Acesso em 24 fev. 2021, p. 3.

<sup>77</sup> BURLÁ, Cláudia et al. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 22, n. 1, p. 85-93, 2014. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/885/977](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/885/977). Acesso: 24 fev. 2021, p. 90.

No presente subcapítulo, então, analisaremos a questão da autonomia precedente – ou seja, manifestada anteriormente, na forma de diretivas antecipadas de vontade – das pessoas que desenvolveram alguma forma de demência.

A questão que buscaremos responder é colocada por Dworkin<sup>78</sup> da seguinte maneira: “O direito à autonomia de uma pessoa capaz inclui, por exemplo, o poder de determinar que tratamentos para a manutenção da vida sejam negados a ela mais tarde, ainda que, estando acometida pela demência, implore por eles?”

Como ensina o autor, as pessoas possuidoras de doenças como o mal de Alzheimer nem sempre foram incapazes de se autodeterminar. Então, para Dworkin<sup>79</sup>, é possível pensar em seus direitos e interesses de dois modos diferentes: enfatizando seu estado e capacidade atuais – analisando-se, portanto, seu estado de saúde, seu estado de espírito, se encontram-se alegres, satisfeitas, etc. –, ou como alguém que perdeu, com o tempo, a lucidez de outrora, levando-se em consideração, portanto, sua trajetória de vida como um todo.

O autor é adepto desta segunda visão. Assim, para Dworkin<sup>80</sup>, o sujeito que desenvolve alguma forma de demência continua sendo a mesma pessoa que sempre foi, e sua identidade sobrevive à perda de sua lucidez. Por esse motivo, as decisões tomadas pela pessoa enquanto capaz devem poder ser aplicadas mesmo que, futuramente, ela perca sua capacidade de autodeterminação.

---

<sup>78</sup> DWORKIN, Ronald. *Autonomy and the Demented Self*. *The Milbank Quarterly*, Nova Iorque, Milbank Memorial Fund, v. 16, n. 2, p. 4-16, 1986. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/3349959?read-now=1&seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3349959?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents). Acesso: 24 fev. 2021, p. 4. Tradução nossa. O original está assim redigido: “Does a competent person’s right to autonomy include, for example, the power to dictate that life-prolonging treatment be denied him later, even if he, when demented, pleads for it?”

<sup>79</sup> Idem, *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*, *op. cit.*, p. 314.

<sup>80</sup> Idem, *Autonomy and the Demented Self*, *op. cit.*, p. 5.

Para justificar este entendimento, o autor divide os interesses das pessoas em dois tipos:

Quero apreender essa diferença por meio de uma distinção que estaborecerei entre dois tipos de razões que as pessoas têm para desejar que sua vida tenha uma determinada direção em vez de outra. Em primeiro lugar, todos têm o que chamarei de interesses experienciais. Todos fazemos coisas porque gostamos da experiência de fazê-las: jogar ou assistir ao futebol, talvez, cozinhar ou comer bem [...]. Os prazeres desse tipo são fundamentais para uma vida boa [...]. Mas o valor dessas experiências, avaliadas uma por uma, depende exatamente do fato de as considerarmos prazerosas ou estimulantes como experiências. [...] Contudo, a maioria das pessoas pensa que também tem aquilo que chamo de interesses críticos: interesses cuja satisfação torna suas vidas genuinamente melhores, interesses que, se ignorados, constituiriam erros passíveis de piorar essas vidas. Representam juízos críticos, não apenas preferências relativas a experiências. [...] Tenho certeza de que minha vida teria sido pior se eu nunca tivesse compreendido a importância de manter uma estreita relação com meus filhos [...].<sup>81</sup>

Para Dworkin<sup>82</sup>, os interesses críticos seriam moralmente superiores aos interesses experienciais, e a morte, por representar “um evento particularmente significativo na narrativa de nossas vidas, como a última cena de uma peça teatral, quando tudo se intensifica sob a luz de refletores especiais”, faria parte do primeiro grupo de interesses.

O autor destaca que as pessoas em estado avançado de demência conseguem, em sua maioria, desfrutar de alguns confortos, mas desconhecem a própria identidade, não apenas por não identificarem o passado, mas, de um modo mais fundamental, por não terem a capacidade vislumbrar um passado ligado a um futuro, sendo incapazes de avaliar suas vidas como

---

<sup>81</sup> *Idem, ibidem*, p. 283-286.

<sup>82</sup> *Idem, ibidem*.

um todo, ou de terem qualquer opinião sobre seus interesses críticos. Para Dworkin<sup>83</sup>, entretanto, estes últimos continuam existindo:

Sem dúvida, se só pensarmos na vida de uma pessoa demenciada em termos de seu futuro, como a vida que ela levará a partir de agora, parece haver pouco sentido em especular sobre seus interesses críticos, sobre o que poderia tornar sua vida mais ou menos valiosa, pois ela não é capaz dos atos ou das ligações afetivas que lhe poderiam dar valor. Não se pode conferir valor a uma vida a partir de fora; este deve ser gerado pela própria pessoa, e isso já se tornou impossível para ela. Porém, quando considerarmos de que modo o destino de uma pessoa demenciada pode afetar o caráter de sua vida, consideramos tal vida em sua totalidade, não apenas os seus lamentáveis estágios finais, e consideramos seu futuro em termos do modo como este afeta a natureza do todo.

Dessa forma, para o autor, na hipótese de uma pessoa com demência ter deixado diretivas antecipadas de vontade, informando seu desejo de não ser mantida viva no caso de desenvolver uma doença como o Alzheimer, tais diretivas deverão ser respeitadas, uma vez que, para o indivíduo em questão, viver, após ter perdido a própria identidade, viola seus interesses intrínsecos.

Seria possível, pelo menos em tese, justificar que a autonomia manifestada de maneira precedente pelo testador quando lúcido deveria ser atendida futuramente, quando ele perdesse sua capacidade, da mesma forma que sustentamos que deve acontecer com aquele paciente que se torna, por qualquer motivo, inconsciente. Na prática, entretanto, a questão pode não ser tão simples, e isso se revela com mais clareza pela história narrada por Dworkin sobre uma mulher identificada apenas como “Margot”.

---

<sup>83</sup> *Idem, ibidem*, p. 328-331

Margot foi descrita por um estudante de medicina chamado Andrew Firlík<sup>84</sup>, o qual, após conviver com ela, concluiu que, apesar de a paciente se encontrar com uma forma de demência em estágio avançado, era a pessoa mais feliz que ele havia conhecido. Mesmo sem a lucidez de outrora, ela dizia gostar de ler romances de mistério (ainda que os lesse de modo aleatório, entre cochilos, em sua cadeira de balanço, murmurando, para si, a história), participava de um curso de artes para doentes com mal de Alzheimer em que todos, inclusive ela, pintavam quase sempre o mesmo quadro – algo que foi mudando com o avanço da doença, quando os traços se tornaram mais primitivos – e demonstrava um especial prazer em comer sanduíches de manteiga de amendoim com geleia.<sup>85</sup>

Agora, imaginemos que Margot tenha deixado um testamento vital pedindo para não serem aplicados os tratamentos necessários para mantê-la viva quando seu Alzheimer avançasse, porque, enquanto lúcida e capaz, temia perder suas lembranças, sua identidade, sua personalidade, etc., passando a depender de outras pessoas e a viver uma vida que ela não considerava, quando sã, digna. Seria possível respeitar sua vontade anterior, mesmo verificando sua aparente felicidade no momento presente? Mesmo considerando o quanto Margot passou a apreciar a vida? Seria moralmente correto deixá-la morrer? Para Dworkin<sup>86</sup>, mantê-la viva seria, de todo modo, uma violação à sua autonomia.

No fundo, para o autor, haveria um conflito entre a autonomia anterior de Margot – que havia deixado, no exemplo, diretivas antecipadas de vontade solicitando que a deixassem morrer caso desenvolvesse alguma

---

<sup>84</sup> FIRLIK, Andrew D. Margo's Logo. *Journal of the American Medical Association (Jama)*, American Medical Association, 01 jan. 1991. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/384634>. Acesso: 24 fev. 2021.

<sup>85</sup> *Idem, ibidem*, p. 313-314.

<sup>86</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 322 e 326-327.

forma de demência –, com seus interesses experienciais presentes, constituídos por seu curso de pintura, e pelas tardes lendo na cadeira de balanço, comendo seus sanduíches de manteiga de amendoim, de forma alegre e prazerosa. Não haveria qualquer conflito, entretanto, entre sua autonomia precedente e seus interesses críticos, os quais, para Dworkin, permanecem existindo, ainda que ela não se dê conta, uma vez que eles estão relacionados à sua vida como um todo, possuindo uma ultratividade que perpassa toda sua existência.

Assim, apesar de só ser possível perceber, em Margot, diante de seu Alzheimer avançado, seus interesses experienciais – o que parece dar a eles uma maior importância na hora de analisar a melhor forma de tratá-la com dignidade –, o fato é que, para este autor, seus interesses críticos ainda estão lá. Agir de modo a beneficiar os interesses experimentais atuais de uma pessoa que possui demência, contradizendo sua manifestação anterior, seria, para Dworkin<sup>87</sup>, uma violação aos seus interesses críticos (nesse sentido, no exemplo de Margot, era fundamentalmente importante não ser mantida viva quando sua identidade tivesse sido perdida), e uma forma de paternalismo.

Segundo uma concepção da autonomia baseada na integridade, e não no critério comprobatório (como visto no Capítulo 2, Dworkin adota a primeira concepção), a melhor pessoa para definir o que estaria entre os interesses fundamentais de Margot, para o autor, seria ela própria, ainda que por meio de diretivas antecipadas de vontade escritas enquanto capaz, já que o valor da autonomia, ou seja, o motivo pelo qual este direito é tão importante, está relacionado à responsabilidade por ele criada. É dizer: a autonomia permite que cada um de nós moldemos nossas vidas de forma

---

<sup>87</sup> *Idem, ibidem*, p. 331-332.

ativa, com base em nossas convicções, nosso caráter, e em como enxergamos nossos interesses. Ao final, seremos o resultado de nossas escolhas, que não devem ser consideradas uma a uma, mas tendo em vista o lugar que ocupam no esquema geral da identidade que estamos construindo.<sup>88</sup>

O caso não é simples, na prática, de solucionar e, ao menos em teoria, o argumento de Dworkin se mostra sólido.

Quando tomamos a decisão, lúcidos, de que não queremos ser mantidos vivos caso desenvolvamos uma doença como o Alzheimer, estamos, com isso, declarando que não achamos digna uma existência sem nossa memória, sem nosso senso crítico, e sem todos os elementos essenciais para a formação da nossa identidade. Acreditamos que, se nos perdermos em nossas mentes, deixaremos, no fundo, de ser quem somos, e é com essa mentalidade que tomamos uma decisão privilegiando nossa existência como um todo e a forma como gostaríamos, ao final, de ser lembrados.

É possível imaginar, por exemplo, que pessoas que tenham testemunhado familiares perderem a sanidade por conta de doenças neurodegenerativas entendam que não querem, elas mesmas, viver daquela maneira, pois não gostariam que seus filhos e netos as vissem naquele estado. Não seria essa uma manifestação de vontade válida e, portanto, merecedora de respeito?

Ainda, poderia haver quem entendesse que aquela forma de existência violaria a construção de sua identidade, considerando sua trajetória de vida como um todo, formada do passado, das lembranças, da história, das relações familiares, de suas opiniões críticas, de sua visão de mundo, e não apenas de prazeres momentâneos, desconectados de todo o resto.

---

<sup>88</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 1986, p. 8.

E fato é que, considerando o exemplo em exame, não serão todas as pessoas acometidas pelo Alzheimer que perderão suas vidas caso desenvolvam essa doença, mas, tão somente, aquelas que tenham se preocupado o suficiente com o assunto para escrever diretivas antecipadas sobre a questão.

Ainda assim, na prática, soa repugnante forçar uma pessoa que aparente estar alegre e satisfeita a morrer, apenas porque ela, no passado, sem conhecer seus sentimentos futuros, decidiu dessa maneira.

A demência, que pode ter diferentes origens, possui diversos níveis e modos de se manifestar e, geralmente, se desenvolve de maneira progressiva, passando por vários estágios<sup>89</sup>. Algumas pessoas perdem totalmente a memória, a identidade, e vivem com um medo constante, porque não se lembram de como fazer coisas básicas que, outrora, faziam parte de seu dia a dia. Outras, entretanto, têm momentos de lucidez alternados com momentos de ausência. Recordam-se de algumas pessoas que fizeram parte de suas vidas em um passado remoto, mas não reconhecem as que vieram depois. Perguntam por filhos que não lembram que perderam e, quando descobrem que têm bisnetos dos quais não se recordavam, se alegram e se emocionam com a “novidade”. Será que, tendo escrito um testamento vital no passado, imaginando como seria, no futuro, perder a lucidez, essas pessoas sabiam qual seria sua experiência, ainda que de um modo geral, tornando sua vontade, verdadeiramente, autônoma?

Com relação a pessoas com graus moderados de demência, o próprio Dworkin<sup>90</sup> sustenta que, nesse caso, a autonomia presente deve ser assegurada:

---

<sup>89</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *op. cit.*, p. 7.

<sup>90</sup> *Idem, ibidem*, p. 320.

Quando as escolhas de um paciente com demência moderada forem razoavelmente estáveis e coerentes com o caráter geral de sua vida anterior e, grosso modo, incoerentes e autodestrutivas somente na mesma medida em que também são as escolhas das pessoas plenamente competentes, pode-se considerar que ela ainda detém o controle de sua vida e que, por esse motivo, tem direito à autonomia.

O desafio maior surge, então, quando a autonomia desaparece por completo.

A Margot de nosso exemplo já era uma pessoa em estágio avançado de demência, de modo que, como visto, Dworkin aceitaria matá-la em respeito à sua autonomia precedente, ainda que ela aparentasse estar feliz no momento presente.

Rebecca Dresser<sup>91</sup>, comentando a posição de Dworkin com relação à Margot, diverge do autor e apresenta alguns argumentos relevantes.

Dentre outras coisas, a autora destaca que, quando aceitamos a recusa de tratamento por parte de um paciente, entendemos que, antes, é necessário que ele seja devidamente informado sobre o que significa tomar aquela decisão. No caso das diretivas antecipadas de vontade, isso não necessariamente acontece.

Dresser<sup>92</sup>, então, questiona: “O que nós gostaríamos que a Margot, enquanto capaz, entendesse antes de escolher morrer em vez de viver, no caso de desenvolver demência?”

Para a autora, seria recomendável que Margot entendesse, primeiramente, que não são todas as pessoas que vão vivenciar a demência do mesmo modo. Para algumas, realmente, a doença poderá ser traduzida em

---

<sup>91</sup> DRESSER, Rebecca. Another Voice: Toward a Humane Death with Dementia. *Hastings Center Report*, Nova Iorque, Hastings Center, v. 25, n. 6, p. 32-38, nov./dez. 1995. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3527839?seq=3#metadata.info.tab.contents>. Acesso: 24 fev. 2021, p. 34.

<sup>92</sup> *Idem, ibidem*. Tradução nossa. O original está assim redigido: “What would we want the competent Margot to understand before she chose death over life in the event of dementia?”.

medos constantes e em uma existência infeliz. Para a maioria, entretanto, isso não é verdade. Seria necessário, no mais, que ela compreendesse que o Alzheimer é uma condição progressiva, de modo que opções de renúncia a tratamentos vão aparecer em momentos diferentes desse processo. Quanto mais tarde a decisão for tomada, maior a possibilidade de a paciente conhecer, de maneira mais concreta, o que significa, para ela, viver com demência.

Para Dresser<sup>93</sup>, seria recomendável, ademais, que Margot dispusesse de forma precisa e detalhada a respeito de que tipo de comportamentos serviriam como indícios para revelar que, naquele momento, suas diretivas antecipadas de vontade deveriam ser implementadas – por exemplo, a paciente poderia estabelecer que, caso ela começasse a viver com constante temor, perdesse sua capacidade mínima de realizar tarefas como controlar suas idas ao banheiro, e demonstrasse estar aflita e infeliz, aí sim, ela deveria ser morta – e, finalmente, que Margot refletisse sobre como seria, realmente, sua vida nos diferentes estágios da doença, podendo apontar, em suas diretivas, que caso seus familiares, cuidadores ou médicos percebessem que ela estava, diversamente do que esperava, aparentemente bem, estes poderiam ignorar suas disposições e agir em seu melhor interesse.

Dresser<sup>94</sup>, no mais, diferencia as diretivas antecipadas de vontade elaboradas por pacientes que desenvolveram alguma forma de demência, daquelas realizadas por enfermos que se encontram em estado vegetativo persistente. Para a autora, a primeira situação envolveria questões muito mais complexas, que demandariam informações mais claras e precisas antes da tomada de decisão.

---

<sup>93</sup> *Idem, ibidem.*

<sup>94</sup> *Idem, ibidem*, p. 35.

Na inconsciência, diversamente da demência, não existem nuances e alterações no caráter ou nas vontades do indivíduo, nem uma progressão da condição ao longo do tempo. No fundo, o estado de inconsciência diverge do desenvolvimento da demência porque, quando nos vemos em estado vegetativo persistente, não manifestamos, mais, qualquer identidade ou personalidade. Estamos em um sono profundo, do qual não acordaremos jamais.

Pessoas acometidas pelo Alzheimer, todavia, seguem vivas, realizando tarefas com maior ou menor complexidade, sentindo vontades e expressando sentimentos. Diferentemente do entendimento de Dworkin de que tais pessoas teriam mantido sua identidade anterior, poderíamos pensar nelas como sujeitos que, pela perda da memória e de outras competências, tornaram-se novas pessoas. Inclusive, talvez, muito mais capazes de viver, plenamente, o presente.<sup>95</sup>

O caso, como foi dito, não tem solução simples, e os dois autores apresentam bons argumentos. De todo modo, o que questionamos é: alguém se sentiria confortável em executar o testamento vital deixado por Margot enquanto ela esperneasse de medo da morte, e manifestasse uma clara vontade de viver?

No final, se definirmos que a autonomia exercida pela pessoa que possui alguma forma de demência só pode ser presente, e não precedente, protegemos Margot de uma morte indesejada, mas também impedimos que Audrey Parker, a paciente canadense mencionada anteriormente, passe um último natal em família, antes que perca sua capacidade e possa ser assistida em seu suicídio de modo legal. Nenhum cenário parece ideal, e nenhuma resposta nos traz conforto.

---

<sup>95</sup> *Idem, ibidem.*

Com relação à pessoa que ainda não possui demência em estágio avançado, acreditamos que, em seus momentos de lucidez, ela deve ter sua autonomia respeitada. Nesse ponto, tampouco parece haver divergência entre o posicionamento de Dworkin e de Dresser.

Nesse sentido, recentemente, o Colégio de Médicos e Cirurgiões da Colúmbia Britânica decidiu, de forma aparentemente contrária ao que estabelece a lei canadense, por não punir os médicos que assistiram Mary Wilson, uma paciente com Alzheimer, a morrer. Mary, quando optou pela morte, ainda reconhecia sua filha e seu marido, mas já tinha esquecido de seus outros dois filhos. Não obstante, seus médicos concluíram que ela ainda possuía capacidade para compreender a decisão, e decidiram prestar o auxílio, assumindo o risco de serem, eventualmente, penalizados.<sup>96</sup>

Mary, note-se, escolheu morrer conhecendo, em maior grau, o que significava estar com Alzheimer e, segundo seus médicos, ainda capaz de compreender sua opção.

Quando, entretanto, a autonomia presente do paciente com demência tenha sido totalmente perdida, discordamos da posição de Dworkin de que a decisão a ser tomada deva considerar, tão somente, a autonomia precedente.

Ao longo de nossas vidas, mudamos de ideia, de posicionamentos, de características, de crenças, e assumimos diversas personalidades, ainda que ocupemos o mesmo corpo. Algumas experiências, claro, serão mais definidoras que outras e, de alguma forma, será possível que criemos, nós mesmos, narrativas sobre como enxergamos nosso passado, nossa identidade, nossa história. Mas mesmo essas narrativas podem sofrer alterações.

---

<sup>96</sup> GRANT, Kelly. From dementia to medically assisted death: A Canadian woman's journey, and the dilemma of the doctors who helped. *The Globe and Mail*, Toronto, 12 out. 2019. Disponível em: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-from-dementia-to-medically-assisted-death-a-canadian-womans-journey/>. Acesso: 24 fev. 2021.

A visão de Dworkin de que nossa existência é, de alguma maneira, una, e de que nossos interesses críticos possuem efeitos que perpassam ela toda, não parece corresponder, necessariamente, à realidade de todo e qualquer indivíduo, em toda e qualquer situação.

Não só grandes eventos podem interferir na forma como enxergamos o mundo, como pequenas coisas, no nosso dia a dia, podem moldar, ao longo do tempo, diversas pessoas dentro de um mesmo indivíduo, com diferentes personalidades, humores, crenças, posicionamentos morais, etc. Traumas, novos hábitos, tratamentos como a psicanálise, vivenciar perdas, realizar leituras, viver novas experiências e adquirir novos conhecimentos nos mudam até os últimos estágios de nossas vidas. Não necessariamente para melhor ou para pior, apenas nos tornam pessoas diferentes. Parece uma ilusão pretender contar nossa história como se fosse um livro – ou, na metáfora utilizada por Dworkin<sup>97</sup>, uma peça teatral –, com um começo, um desenvolvimento, e um fim grandioso.

É claro que a memória traz, sim, um senso de unidade para nossa existência e, no fundo, a nossa consciência sobre o nosso “eu” permanece, para grande parte das pessoas, do início ao fim, tornando, portanto, aplicável a descrição do autor sobre a construção de nossa história e identidade à maior parte dos casos. Mas, devemos ter cuidado para não presumirmos que, sem esses atributos – a memória e a autoconsciência – deixará de ser possível valorarmos a identidade presente do indivíduo, sem nos valeremos, obrigatoriamente, de seu passado.

Não negamos a autonomia precedente, apenas acreditamos que ela deve servir para fornecer indícios na busca pela vontade atual do paciente. Se ele nunca renunciou às diretivas antecipadas deixadas, presume-se que tais vontades permanecem válidas. Se, todavia, existem pistas de que ele

---

<sup>97</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 283-286.

teria mudado de opinião – pelo testemunho de amigos e familiares, por exemplo –, ou se, como dissemos, a medicina avançou de maneiras inesperadas, alterando o contexto no qual aquela vontade foi manifestada, é necessário reconstruir, com base nas diretivas antecipadas e em todas as outras informações disponíveis, qual teria sido sua vontade.

Em se tratando de uma pessoa que deixou um testamento vital e se tornou inconsciente, este documento deverá, sim, ser obedecido. Mas, enquanto o indivíduo siga acordado e, mais, aparente estar perfeitamente alegre, parece estranho ignorar toda e qualquer súplica dele pela vida, mantendo-o por ordem de alguém que ele não é mais.

Não se trata de questão simples, e nos parece que deverá haver uma análise caso a caso. De todo modo, Dresser traz algumas soluções interessantes para o problema levantado por Dworkin que, da nossa parte, abraçamos.

#### **4.2 Argumentos frequentemente utilizados na discussão sobre a eutanásia**

Em capítulos anteriores já foram abordadas algumas das objeções feitas por parte daqueles que se opõem às diferentes formas de exercitar a autonomia para morrer. Existem, contudo, outros argumentos utilizados com a finalidade de negar o direito à morte digna que merecem, também, ser examinados.

O primeiro ponto a ser lembrado é aquele sobre o qual discorreremos no Capítulo 2, quando tratamos da sacralidade da vida. Assim, para aqueles que defendem que a vida é um bem sagrado e de valor absoluto, não caberia a seu titular a decisão sobre quando e como gostaria de encerrá-la.

Como já ficou estabelecido, entretanto, em uma democracia constitucional como a brasileira, devem ser aceitas todas as maneiras de

manifestar o respeito ao valor intrínseco da vida, estimulando-se o pluralismo e a diversidade, sendo inadmissível qualquer imposição por parte sociedade ou do Estado, laico, de uma ou outra confissão religiosa.

Mais do que estar vivo no sentido biológico da palavra, o ser humano deve buscar conduzir a sua vida de acordo com suas crenças. Viver de forma contrária às próprias convicções pode ser considerado, também, uma violação ao valor intrínseco da vida.

Outro argumento a ser lembrado, mencionado no Capítulo 1, quando tratamos da distinção entre eutanásia, eugenia e genocídio, é o da “encosta escorregadia” (*slipery slope*). Nas palavras de Diniz<sup>98</sup>:

O fantasma deixado pela II Guerra Mundial e os relatos atrozes dos crimes cometidos pelos médicos nazistas é, ainda hoje, uma sombra ao debate bioético sobre o direito de morrer. Para muitas pessoas, em geral aquelas pautadas em premissas religiosas, eutanásia seria sinônimo de extermínio de pessoas vulneráveis, e a simples enunciação do conceito é um tabu moral.

Muitos daqueles que se colocam contra à eutanásia, fazem-no porque temem que a permissão da prática em casos específicos poderia, futuramente, levar a uma liberação para casos mais “duvidosos”, eventualmente chegando a extremos como aqueles vividos na Europa durante o domínio nazista.

Contra este receio, Dworkin<sup>99</sup> sustenta o seguinte:

Esse argumento também perde sua força assim que compreendemos que a não-legalização da eutanásia é, em si, danosa a muitas pessoas; então nos damos conta de que fazer o melhor possível para traçar e manter uma linha defensiva, reconhecendo o risco de que outros tracem uma linha diferente no

---

<sup>98</sup> DINIZ, Débora, *op. cit.*, p. 1743.

<sup>99</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, 2003, p. 279.

futuro, e tentando nos proteger de tal risco, é melhor que abandonar totalmente essas pessoas. Existem riscos tanto na legalização quanto na recusa a legalizar; é preciso atentar para o equilíbrio desses riscos concorrentes, e nenhum deles deve ser ignorado.

Para o autor, portanto, proibir a eutanásia por medo de que a legalização traga, no futuro, uma situação extrema, é ignorar que a não-legalização, em si, já traz danos concretos à vida daqueles que, no presente, acometidos por sofrimentos e dores terríveis, são privados de uma morte digna.

Calsamiglia<sup>100</sup>, ademais, refuta o argumento de que aceitar a eutanásia ativa seria o mesmo que aceitar “qualquer coisa”, pois “sempre é possível estabelecer distinções, limites, fronteiras e exceções. Uma pessoa com sensibilidade moral é, justamente, aquela que sabe justificar distinções e estabelecer diferenças”.

Pelo mesmo motivo, tampouco seria razoável afirmar que a legalização da eutanásia poderia levar a um aumento de homicídios, por conta de uma relativização do valor da vida humana.

Há de se destacar, neste ponto, que, como vimos anteriormente, a vida já possui, em nosso ordenamento jurídico, valor relativo, o que se percebe pela permissão do artigo 5º, XLVII, da Constituição Federal, da pena de morte em caso de guerra declarada, pela legítima defesa, pelo aborto legal, etc.

No mais, como destaca Singer<sup>101</sup>, “são poucos os indícios históricos que sugerem que uma atitude permissiva ante a eliminação de uma categoria de seres humanos leve a um colapso das restrições a se pôr fim à

---

<sup>100</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 338. Tradução nossa. O original está assim redigido: “siempre se pueden establecer distinciones, limites, fronteras y excepciones. Una persona con sensibilidad moral es aquella que sabe justificar distinciones y establecer diferencias”.

<sup>101</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 284-286.

vida de outros seres humanos”. É o caso, por exemplo, dos gregos antigos que matavam ou abandonavam, com frequência, seus bebês, ou dos esquimós, que tinham como costume matar seus pais quando estes ficavam idosos e, nem por isso, outras pessoas eram mortas de modo indiscriminado. Sociedades como as atuais, dotadas de sistemas jurídicos sofisticados e de conhecimentos médicos consideravelmente mais avançados deveriam ser capazes de traçar suas próprias linhas morais com muito mais segurança.

O autor, ao tratar do risco de que se “derrape” da eutanásia para o genocídio, destaca, ademais, que a melhor maneira de garantir que a legalização da eutanásia não leve aos horrores praticados pela Alemanha nazista é fazer todo o possível para assegurar que o governo permaneça democrático, aberto, e fique nas mãos de pessoas que não queiram que seus oponentes sejam mortos, já que, para ele, governos fortes sempre descobrirão meios de cometer atrocidades, quer a eutanásia seja legalizada, quer não:

Governos inescrupulosos já têm em mãos meios mais eficazes de se livrar de seus adversários do que a eutanásia praticada por médicos e por motivos médicos. “Suicídios” podem ser arrançados. “Acidentes” podem acontecer. Se necessário, assassinos podem ser contratados e seus crimes atribuídos a outras pessoas.<sup>102</sup>

Nos parece, portanto, que a proibição, pelo Estado, de práticas como a eutanásia e o suicídio assistido, na medida em que violam a liberdade dos cidadãos de forma injustificável, é um passo arriscado na direção do totalitarismo. Assim, a decisão política que mais garantiria a manutenção

---

<sup>102</sup> *Idem, ibidem*, p. 283.

da democracia, evitando que atrocidades sejam cometidas por governos autoritários, seria pela legalização de tais práticas.

Um risco relevante na permissão da eutanásia e do suicídio assistido é que a escolha do paciente, ao decidir pela morte, não seja dotada, efetivamente, de autonomia.

É o caso, por exemplo, de uma pessoa que pede para morrer pressionada por seus familiares, ou motivada pela depressão clínica, ou, ainda, sem informações precisas sobre seu quadro de saúde.

Uma das principais finalidades de qualquer lei que regulamente a autonomia para morrer deve ser, justamente, garantir que a decisão seja, efetivamente, autônoma. Para este fim, é possível criar, como determinou a Corte Constitucional Colombiana, equipes multidisciplinares nos hospitais, que sejam responsáveis por proceder a essa avaliação, ou mecanismos de fiscalização, como aqueles previstos pelas leis holandesa e belga.

É essencial que se atente, no mais, à correta prestação de informações, de forma compreensível ao paciente, e que sejam oferecidos cuidados paliativos adequados. A decisão do enfermo só será dotada de liberdade se ele conhecer, de fato, seu quadro de saúde e o que significa optar por um ou outro caminho e, caso ele opte pela vida, que esta escolha seja, também, respeitada, assegurando-se a ele que todas as dimensões de seu sofrimento serão, na maior medida possível, amparados pela medicina.

Outro argumento utilizado por parte daqueles que se opõem à legalização da eutanásia é o da possibilidade de se estar diante de um erro de diagnóstico ou de prognóstico, hipótese na qual, segundo Calsamiglia<sup>103</sup>, eliminar-se-ia uma vida que poderia ter sido preservada.

---

<sup>103</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 354.

Um erro de prognóstico comumente mencionado diz respeito ao desenvolvimento de novas curas para doenças quando o paciente, desavisado, já tenha sido assistido em sua morte.

Novas descobertas na área da medicina, como nos lembra Calsamiglia<sup>104</sup>, não são postas ao alcance da população para que sejam aplicadas imediatamente. Assim, é papel do médico, ao diagnosticar o paciente e informá-lo sobre seu prognóstico, estar a par dos estudos científicos sendo desenvolvidos naquele campo, podendo avaliar quais as chances de a ciência proporcionar, em tempo razoável, um remédio para a condição daquele paciente. Difícilmente uma droga nova será desenvolvida e, no dia seguinte, colocada à disposição da população. Existem procedimentos e protocolos rígidos a serem seguidos e que costumam demorar um tempo significativo. É papel do médico saber disso e manter seu paciente informado.

Ademais, como nos lembra Dias<sup>105</sup>, a morte por erro médico poderia acontecer “não apenas nos casos de eutanásia, mas em inúmeras outras hipóteses”. Assim, se o que se busca é evitar que ocorram erros no diagnóstico ou no prognóstico, é possível se valer dos mecanismos previstos pelo sistema jurídico que, de um lado, previnem que erros médicos ocorram e, de outro, punem o profissional de saúde que agiu culposamente.

Poder-se-ia argumentar, neste ponto, que erros médicos em procedimentos de saúde necessários para a manutenção da vida, como uma cirurgia cardíaca de urgência ou a retirada de um tumor cerebral, seriam riscos necessários, devendo, portanto, ser aceitos, já que a alternativa a eles seria a morte.

---

<sup>104</sup> *Idem, ibidem*, p. 355-356.

<sup>105</sup> DIAS, Roberto, *op. cit.*, 2012, p. 170-171.

Esse argumento, no entanto, parte do pressuposto de que viver é sempre melhor do que morrer – o que, como vimos extensamente, nem sempre é o caso – e, ademais, cai por terra quando lembramos que, cada vez mais, cirurgias são realizadas em pessoas saudáveis, mas que, por motivos estéticos, recorrem a procedimentos consideradas de risco. Exemplos corriqueiros são as lipoaspirações na região abdominal, que causam, com frequência, a morte do paciente, ou a colocação de implantes nos seios que, vez ou outra, sofrem vazamentos ou são chamados para *recall* porque o produto não era, no fim das contas, seguro.

No mais, como ensina Calsamiglia<sup>106</sup>, é possível minimizar a possibilidade de erros por meio da adoção de procedimentos adequados, que mitiguem os riscos decorrentes da eutanásia e do suicídio assistido.

Nesse sentido, como vimos no Capítulo 3 ao tratarmos das abordagens de diferentes países em que a autonomia para morrer está garantida, são diversos os critérios adotados para assegurar que o diagnóstico e o prognóstico sejam precisos, como, por exemplo, a necessidade de um médico independente dar seu parecer sobre o caso.

Ainda sobre a possibilidade de haver um engano por parte do médico, Singer<sup>107</sup> assim escreve:

Outra objeção comum à eutanásia é a possibilidade de os médicos se enganarem. Em casos raros, pacientes que receberam de dois médicos competentes o diagnóstico de que sofriam de uma doença incurável sobreviveram e desfrutaram muitos anos de boa saúde. [...] Esse não é, porém, o argumento que derruba de vez a eutanásia, como algumas pessoas imaginam. Ao número muito pequeno de mortes desnecessárias que se poderia seguir à legalização da eutanásia, devemos contrapor a enorme quantidade de dor e aflição que

---

<sup>106</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 354.

<sup>107</sup> SINGER, Peter, *op. cit.*, p. 261.

sofreriam os pacientes genuinamente terminais caso a eutanásia não seja legalizada. Uma vida mais longa não é um bem tão supremo que supere todas as outras considerações (se fosse, haveria meios muito mais eficientes de salvar vidas: a proibição do cigarro, a redução dos limites de velocidade a dez quilômetros por hora [...]). A possibilidade de que dois médicos cometam um erro significa que a pessoa que opta pela eutanásia está tomando uma decisão depois de levar em conta todas as probabilidades e abrindo mão de uma pequena possibilidade de sobrevivência para evitar um sofrimento que, quase certamente, resultaria em sua morte.

Outrossim, o paciente, sabendo que sempre existem possibilidades, ainda que mínimas, de que um erro tenha sido cometido, e de que existe, na medicina, o imponderável, deve poder escolher se prefere assumir o risco e morrer, ou, simplesmente, permanecer vivo e aguardar um novo “milagre” da medicina.

Se o enfermo estiver inconsciente, como vimos, a questão fica mais difícil, já que a decisão será tomada por terceiros. De todo modo, se o paciente tiver deixado diretivas antecipadas de vontade, ou se for possível saber o que ele teria decidido naquele cenário a partir de outros indícios trazidos por seus familiares e pessoas próximas, a decisão permanecerá, em certa medida, autônoma, pois presumir-se-á que ele, ao manifestar suas intenções, sabia, como todos sabemos, que erros sempre podem acontecer. Caso, todavia, não seja viável aferir sua vontade, seus familiares e médicos, em conjunto, tomarão uma decisão buscando preservar seus interesses fundamentais, e levarão em consideração, então, os riscos envolvidos.

Vale mencionar, neste ponto, que diversas atividades praticadas pelas pessoas representam perigos significativos para suas vidas, como os

esportes radicais, as corridas de automóvel, o uso de motocicletas, etc. e, nem por isso, são proibidas. Por que a autonomia para morrer seria?<sup>108</sup>

Quando pulamos de paraquedas, acreditamos que medidas de segurança foram adotadas e optamos, livremente, por aceitar o risco de que erros possam ter sido cometidos. Às vezes, temos notícia de um paraquedista que morreu. O mesmo com relação a aviões e parques de diversão. Geralmente, os procedimentos de segurança adotados são suficientes, mas, às vezes, por um motivo qualquer, acidentes acontecem.

Esses cenários dizem respeito, ademais, a pessoas que decidiram “apostar” suas vidas em prol do lazer, da adrenalina, de uma experiência de vida momentânea, sem pensar muito sobre o assunto. No caso de pacientes que optam por morrer, abre-se mão da vida de um modo muito mais consciente e racional, decidindo-se, de forma lúcida, que viver naqueles termos já não faz mais sentido, e que o melhor é, independentemente dos riscos que tal decisão acarretará, morrer.

Arantes<sup>109</sup> reflete sobre como tantas pessoas dizem ter medo da morte, mas “bebem além da conta, fumam além da conta, sofrem além da conta. E vivem de um jeito insuficiente”.

Todos os dias, ao decidirmos fumar cigarros, comer *cheeseburgers*, tomar sol sem protetor solar, trabalhar em um emprego estressante, etc., estamos reduzindo, provavelmente, as chances de que nossa vida dure mais tempo e que tenha mais qualidade. Aceitaríamos que o Estado nos proibisse de fazer qualquer uma dessas atividades, protegendo-nos de nossas escolhas?

A resposta só pode ser negativa.

---

<sup>108</sup> CALSAMIGLIA, Albert, *op. cit.*, p. 355. Calsamiglia, na página 356, destaca, ainda, que os riscos decorrentes da eutanásia são menores do que aqueles decorrentes, por exemplo, do erro de um piloto que leve a um acidente de carro ou de avião. Ainda assim, estes últimos são riscos aceitos pela sociedade.

<sup>109</sup> ARANTES, Ana Claudia Quintana, *op. cit.*, p. 58.

Inclusive, nos parece estranho que países que adotam o liberalismo clássico, como os Estados Unidos, sem garantir o acesso à saúde para as pessoas que não possam pagar por ela, tenham tantos estados que, ainda hoje, proibam que seus cidadãos possam morrer dignamente, ao passo que países europeus como a Bélgica e a Holanda, em que o modelo adotado do bem-estar social demonstra uma especial preocupação para com os direitos sociais de seus cidadãos – dentre os quais se encontra a saúde, essencial para a vida digna – permitem que cada um escolha sobre a própria morte.

Isso só parece revelar, com ainda mais segurança, que o paternalismo adotado pelos países ou estados que rejeitam a existência de uma autonomia para morrer não é baseado na ética, ou na necessidade de proteger, no maior grau possível, seus cidadãos, mas em um moralismo infundado e que deve, portanto, ser afastado.

Nos parece razoável concluir, então, que se é verdade que existem riscos na legalização das práticas relativas à autonomia para morrer, a não-legalização traz, em si, não só perigos, como danos concretos àqueles pacientes que estão sofrendo e não podem, a despeito disso, optar por uma morte digna.

Ademais, é do indivíduo a escolha sobre quais riscos está disposto a assumir, de modo que é preferível que o suicídio assistido e a eutanásia ativa sejam permitidos e, por meio de uma profunda reflexão e pesquisa, regulamentados, garantindo-se, na maior medida possível, a segurança de tais procedimentos.

Nós, seres morais que somos, devemos ser capazes de traçar linhas entre o certo e o errado em diferentes contextos. Permitir algo não significa permitir tudo. Em cada tempo e lugar, determinadas ações serão aceitas ou afastadas, mas a moral não deixa de ser algo que sentimos internamente, e que se reflete nas leis por meio do debate democrático. Sob pena de darmos um passo no sentido do totalitarismo, é fundamental que

o Estado respeite a esfera de liberdade de seus cidadãos quando estes possam se autodeterminar.

Uma vida sem liberdade não poderá, jamais, ser uma vida digna.

## Considerações finais

1. A noção de que a vida humana possui um valor intrínseco a ser protegido não é exclusiva daqueles que adotam uma ou outra religião. Como foi possível perceber, trata-se de um sentimento compartilhado na sociedade, mesmo entre aqueles que não professam fé alguma.

De um modo diverso, a maneira de se respeitar a sacralidade da vida é pessoal, particular a cada indivíduo.

As diferentes religiões enxergam na vida e na morte significados distintos e, mesmo dentro de uma mesma confissão religiosa, existem divergências entre seus seguidores com relação a temas como, por exemplo, o aborto, a eutanásia e o suicídio.

Sendo as crenças em torno da sacralidade da vida essencialmente religiosas, ao Estado não é permitido impor uma única maneira de respeitá-la, sob pena de se ferir a liberdade de religião.

A defesa da autonomia para morrer não busca afastar a qualidade especial que a vida humana possui. Diversamente, trata-se de respeitar o pluralismo e a diversidade característicos de uma democracia saudável.

Finalmente, havendo um comando constitucional expresso que impõe a laicidade estatal, deixa de haver qualquer espaço para que as crenças professadas pela maioria sejam levadas em consideração quando da elaboração de normas e tomada de decisões.

2. A Constituição Federal Brasileira de 1988 concedeu à dignidade da pessoa humana status de fundamento da República Federativa do Brasil, afastando, com isso, a coisificação do ser humano, e determinando que todo o ordenamento jurídico deve ser interpretado e aplicado sob o prisma da dignidade.

O referido princípio está, ademais, intimamente relacionado ao respeito à autonomia e não pode ser definido de maneira uníssona, sendo preferível que se analise a concepção de dignidade segundo a visão de cada um, estimulando-se, com isso, a pluralidade cultural.

A escolha entre a vida e a morte é das mais íntimas e fundamentais que um ser humano poderia enfrentar. Tirar do indivíduo a liberdade de escolher como e quando se dará o seu fim, nos parece, é uma maneira gravíssima de se ferir sua dignidade, especialmente – mas não apenas – quando ele esteja sofrendo por uma condição de saúde que torne sua existência insuportável.

3. Apesar de o artigo 5º da Constituição Federal Brasileira assegurar a inviolabilidade do direito à vida, ele faz o mesmo com relação a outros direitos, como, por exemplo, a liberdade.

Como foi possível perceber, a vida não é um bem tão importante a ponto de possuir um valor absoluto. Em determinadas circunstâncias, o direito à autonomia, em atenção ao princípio da dignidade, ganhará maior protagonismo, e o indivíduo poderá escolher, livremente, abrir mão de seu direito de viver.

O direito à vida é fundamental e deve ser protegido pelo Estado. Acreditamos, não obstante, que sua proteção deve se dar com relação a eventuais violações por terceiros, não sendo cabível falar em um dever de viver. A vida, portanto, não é um bem indisponível por seu titular.

O Estado pode, sim, pretender que as pessoas tratem decisões de vida ou morte como questões de relevância moral, estabelecendo critérios para que qualquer escolha que implique a perda da vida somente seja tomada após profunda reflexão. Mas tais critérios não podem ser tão rígidos a ponto de não permitirem que cada um possa, autonomamente, optar sobre o momento e a maneira de sua morte.

O Estado deve, ainda, atuar ativamente no sentido de assegurar, de um lado, o direito à vida digna – por exemplo, pela garantia de direitos sociais como a saúde, o trabalho, a educação, etc. – e, de outro, proteger a vida de seus cidadãos contra a violação arbitrária por terceiros.

4. Como foi possível perceber, sem que o direito à autonomia possa ser exercido, ainda que exista vida, não haverá dignidade.

O ser humano deve ser livre para atribuir o sentido e o valor que preferir à vida, não sendo admissível seu aprisionamento nos moralismos impostos pelo convívio social.

Quando o indivíduo demonstre ser capaz de se autodeterminar, e desde que não sejam causados danos diretos a terceiros, é fundamental que ele seja livre para conduzir sua vida, construindo sua identidade, sem a interferência da sociedade e do Estado.

O paternalismo nega ao indivíduo a possibilidade de viver e agir assumindo responsabilidade por suas decisões, e de construir a própria história. Passa a ser necessário, então, que se adote uma fronteira rígida contra a tirania do costume, lutando-se, constantemente, pela liberdade.

5. A eutanásia é a morte praticada por motivo de compaixão, e que leva em consideração a autonomia e os interesses fundamentais do paciente acometido por uma enfermidade terminal e incurável, ou por uma lesão ou invalidez irreversível, que lhe causa tamanho sofrimento, físico ou psicológico, que faz com que ele opte por encerrar sua vida. Ela não se relaciona, em absoluto, com o pretense programa de eutanásia nazista, que tinha por finalidade a busca de uma suposta “melhoria da raça”.

6. A eutanásia voluntária, como visto, é aquela que se baseia na autonomia do paciente. Ainda quando este último manifeste suas intenções por meio de diretivas antecipadas de vontade, a voluntariedade estará presente.

O ideal é que a decisão sobre viver ou morrer – ou sobre seguir com um ou outro curso de tratamento – seja motivada pela autonomia do enfermo, e pelo que ele entende que melhor atende a seus interesses fundamentais.

O princípio da beneficência deve ser aplicado, a princípio, tomando por base a noção de fazer o bem daquele que recebe o tratamento, e não da equipe de saúde ou da sociedade.

Apenas quando isso não for, de nenhum modo, possível, é que os médicos e familiares poderão tomar decisões com base no que eles entendem como mais benéfico para o indivíduo, caso em que a eutanásia será não-voluntária.

Por fim, a eutanásia involuntária, praticada contra a vontade expressa do paciente, ou levada à cabo sem que se pergunte ao sujeito capaz e consciente sua preferência, nada mais é do que uma espécie de homicídio, de modo que não a defendemos.

7. O suicídio assistido e a eutanásia ativa direta são práticas muito semelhantes, já que em ambas temos um indivíduo que quer morrer, e que solicita, para isso, o auxílio de um terceiro (geralmente, um médico). A diferença é que, no primeiro caso, é o assistente quem administra a substância letal no assistido e, no segundo, o profissional de saúde apenas prescreve o medicamento ou facilita, de alguma maneira, a morte, sendo o ato final praticado pelo próprio paciente.

Sustentamos que não existem diferenças morais significativas entre os dois modos de prestar o auxílio à morte. A indicação por uma ou outra modalidade vai depender da situação concreta.

Por vezes, como visto, a eutanásia ativa será a única forma pela qual o indivíduo conseguirá morrer dignamente. É o caso daqueles enfermos que perderam sua capacidade motora e não podem ingerir medicamentos por conta própria ou, de qualquer outro modo, causar a própria morte.

Não estender a essas pessoas o direito a uma morte digna seria uma patente violação a seu direito de igualdade.

Tampouco acreditamos haver diferenças morais entre matar e deixar morrer, ou seja, entre a eutanásia em sua modalidade ativa (em que o médico administra a substância letal diretamente) e passiva (em que o tratamento não é fornecido ou é interrompido). Se em ambos os casos são adotadas medidas com a intenção de se causar a morte, pouco importa se esta última decorre de uma ação ou de uma omissão.

Ademais, apesar de a ortotanásia apresentar, geralmente, menos polêmica, por vezes a morte por ela causada pode ser mais lenta e sofrida do que aquela praticada pela eutanásia ativa.

No fundo, uma vez que se esteja buscando a morte, os meios a serem utilizados devem ser aqueles que permitam que este resultado seja atingido da forma menos penosa e mais digna possível, priorizando-se, de todo modo, o direito de escolha do paciente.

8. A distanásia, ou obstinação terapêutica, é prática bastante comum nas unidades de tratamento intensivo, e representa uma das maneiras mais cruéis de se tratar o enfermo.

Quando não haja perspectiva de cura, as equipes de saúde devem parar de prolongar a vida artificialmente, passando a oferecer cuidados paliativos.

Nem sempre será simples definir o momento de desistir de lutar pela vida, mas a decisão dos médicos deverá ser pautada por uma análise de cada caso, utilizando-se de parâmetros fornecidos pela medicina sobre o que geralmente acontece em cenários como aquele, e pelo potencial de que o paciente recobre uma vida de qualidade, a partir de uma perspectiva adotada pelo próprio indivíduo, de forma autônoma.

9. Os cuidados paliativos são muito mais do que a tradicional sedação de pacientes com morfina. Diversamente, configuram um modo de olhar

para o enfermo e para seus familiares de maneira integral e global, buscando-se aliviar todas as dimensões do sofrimento, sendo a dor física apenas uma delas.

Não defendemos que a melhor opção seja, sempre, a eutanásia ou o suicídio assistido. Sustentamos, apenas, que a escolha esteja disponível ao paciente, para que este possa exercer seu direito de, autonomamente, decidir entre viver e morrer em seus próprios termos. O oferecimento de cuidados paliativos é essencial para que essa escolha possa ser, realmente, livre.

10. A eutanásia passiva é, no ordenamento jurídico pátrio, conduta atípica e exercício regular da medicina.

Como foi possível perceber, o indivíduo, além de não ter o dever de viver, podendo abrir mão, livremente, de sua vida, possui o direito à integridade física e psicológica, sendo permitida a recusa a tratamentos considerados aviltantes, segundo sua própria noção de dignidade, ainda que isso implique sua morte.

A recusa pode se dar, ademais, por motivos religiosos, em atendimento à liberdade religiosa e à liberdade de culto, já que para cada pessoa respeitar o valor intrínseco da vida terá um significado particular e próprio.

O único requisito a ser preenchido é que a decisão pela morte se dê de maneira autônoma e, portanto, informada.

11. No Brasil, tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia ativa direta são condutas criminalizadas pelos artigos 121 e 122 do Código Penal, e apenadas com prisão. A distanásia é, ademais, repelida, havendo diretrizes éticas do Conselho Federal de Medicina que determinam que, quando a cura não for mais possível, sejam aplicados os cuidados paliativos.

Acreditamos, entretanto, que, com base na disponibilidade do direito à vida, nos direitos à liberdade e à autonomia, e nos princípios da dignidade e da laicidade estatal, assegurados, como visto, pela Constituição Federal Brasileira de 1988, todas as modalidades previstas para o auxílio à morte digna, dentre as quais se encontram o suicídio assistido e a eutanásia ativa direta, deveriam ser colocadas à disposição dos indivíduos.

12. A doutrina do consentimento informado veio para proteger, de um lado, os médicos – já que a responsabilidade pelos resultados do tratamento passa a ser do paciente, desde que este tenha sido devidamente informado dos riscos e concordado com eles – e, ao mesmo tempo, garantir o exercício da autonomia por parte do enfermo, que passa a assumir uma posição mais ativa nas escolhas que envolvam sua saúde.

Para que o consentimento seja verdadeiramente informado, e não apenas uma formalidade que se preste a isentar os médicos e o hospital de suas responsabilidades sem garantir, em contrapartida, que o direito de escolha do paciente seja exercido de forma autônoma, o enfermo deverá ser esclarecido – de modo compreensível a um leigo – com relação a todos os aspectos relacionados ao seu quadro de saúde, seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos disponíveis e suas implicações práticas em termos de custos, riscos e benefícios.

13. Com relação aos menores de idade, não será possível admitir que os genitores, no papel de seus representantes, recusem tratamentos essenciais para a manutenção da vida dos filhos. Em tais casos, os médicos deverão dialogar com os familiares, buscando chegar a um consenso.

Não havendo acordo entre as partes, recomenda-se que se recorra ao Comitê de Ética Médica do hospital e, se necessário, ao Poder Judiciário. Havendo urgência, entretanto, a vida deverá ser salva, ainda que os pais se oponham ao procedimento.

Sustentamos, ademais, que as crianças e os adolescentes, após um exame de sua capacidade de autodeterminação por parte de equipes multidisciplinares, tenham assegurado, na maior medida possível, seu direito à autonomia.

Finalmente, entendemos ser imprescindível que, quando os médicos sintam que é o momento de deixar de buscar a cura, comuniquem esse fato aos genitores do paciente menor de idade da melhor maneira possível, já que esta não será, jamais, uma informação simples de ser assimilada.

Se os pais insistirem na distanásia, e não aceitarem a aplicação dos cuidados paliativos, novamente será recomendável que se recorra ao Comitê de Ética Médica e, em último caso, ao Poder Judiciário, sendo preferível, não obstante, que as coisas sejam resolvidas no ambiente mais intimista entre o médico, o enfermo e sua família, para que os genitores não sejam submetidos ao trauma ainda maior de verem a decisão sobre a vida de seu filho sair totalmente de suas mãos.

14. Com relação a crianças e adolescentes Testemunhas de Jeová, a hipótese da recusa do tratamento por motivos religiosos apresenta outros dois empecilhos: (i) não necessariamente a religião dos pais será adotada pelos filhos no futuro, o que impede que a recusa, por exemplo, à transfusão de sangue seja motivada pela liberdade religiosa do paciente; e (ii) a probabilidade de que os genitores e o médico cheguem a um consenso são extremamente baixas, uma vez que a decisão sobre a recusa de tratamento tomada pelos pais ou pelo enfermo não é baseada em prognósticos de vida ou morte, mas, sim, na dogmática religiosa, que não admite debate científico.

Acreditamos que, em tais casos, o ideal seria que uma equipe multidisciplinar avaliasse, com especial cautela, o grau de desenvolvimento do

paciente, levando em consideração não somente sua idade, mas outros fatores que permitam concluir se ele possui maturidade suficiente para escolher com autonomia sobre sua saúde.

Constatando-se que o indivíduo não possui, ainda, discernimento para a tomada daquela decisão, não é possível concordar com uma recusa dos pais ao tratamento de seu filho.

Outrossim, em casos de urgência, em que não seja possível consultar, em tempo, a Comissão de Ética do hospital ou o Poder Judiciário, haverá de prevalecer a opinião dos profissionais de saúde, e a vida do paciente deverá ser preservada.

15. São cada vez mais frequentes os casos de países (ou estados, nos locais em que existe uma maior autonomia federativa) que vêm permitindo diferentes modalidades de se assegurar o direito à morte digna. Tais permissões têm acontecido de duas formas diferentes: em alguns lugares, foram os Tribunais os responsáveis por autorizarem, primeiro, a eutanásia e o suicídio assistido – muitas vezes sendo seguidos por leis para regulamentar as práticas – e, em outros, foi o Poder Legislativo o pioneiro nas alterações.

Notamos, também, que existem mais lugares que aceitam o auxílio ao suicídio do que a eutanásia ativa direta, como se prescrever um medicamento letal fosse moralmente preferível a administrá-lo, diretamente, no indivíduo, causando sua morte, posição que, como visto, rejeitamos.

Nesse sentido, constatamos que países como a Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Colômbia e Canadá aceitam, igualmente, as duas formas de assistência à morte, ao passo que a Suíça, todos os estados norte-americanos analisados, e o estado de Vitória na Austrália (salvo se o sujeito não for capaz, fisicamente, de encerrar a própria vida) somente permitem o suicídio assistido.

Cada país (ou, como no caso dos Estados Unidos e da Austrália, estado) possui peculiaridades na regulamentação de tais práticas. Assim, foi possível verificar, por exemplo, que a Suíça é a única nação em que não é necessário, a princípio, que exista alguma condição específica de saúde a justificar a realização do auxílio ao suicídio. Ainda, na Colômbia, Bélgica e Holanda, menores de idade podem ser assistidos em suas mortes. Alguns países (e estados), ademais, apesar de autorizarem o auxílio à morte digna, são mais conservadores, ao passo que outros são mais liberais.

De todo modo, em todos os casos foi possível observar uma preocupação com a criação de mecanismos para a garantia da proteção à autonomia daquele que decide morrer.

No que diz respeito à possibilidade de que pessoas solicitem ajuda para morrer ainda quando não possuam condições de saúde a justificarem a opção pela morte, acolhemos o posicionamento da Suíça. Contudo, criticamos o fato de a eutanásia ativa direta se encontrar proibida e, ademais, não acreditamos que existam semelhanças suficientes entre o Brasil e este país para justificar a adoção do mesmo modelo jurídico. Inclusive, porque, na nação helvética, a autonomia para morrer está fundamentada em anos de costume.

Feita essa ressalva, dentre diferentes ordenamentos jurídicos examinados, a lei belga nos pareceu, de um modo geral, das mais notáveis. Ademais, como dissemos, estamos de acordo com o posicionamento por ela externado de que um critério psicológico e uma avaliação individualizada do paciente têm maior potencial de garantir a autonomia daquele que, independentemente de sua idade, já seja capaz de se autodeterminar.

No mais, ao estabelecer requisitos rígidos com relação à avaliação da voluntariedade do indivíduo que opta pela morte, o Estado demonstra seu respeito tanto pelo valor da vida, quanto pela autonomia do enfermo.

De todo modo, não sustentamos que o Brasil deva importar, acriticamente, modelos jurídicos adotados por outras nações, uma vez que cada lugar tem suas peculiaridades, e deve construir, de um modo orgânico, um cenário jurídico apropriado ao seu contexto. Ainda assim, por meio do direito comparado, é possível percebermos caminhos diversos a serem adotados e que podem, pelo menos, servir de inspiração.

16. Dentro do tema da autonomia para morrer, existem, como visto, alguns casos mais complexos que outros.

Com relação a pessoas capazes e conscientes no momento da opção pela morte, o cenário é mais simples, e sustentamos que seu desejo de receber auxílio para morrer deve ser atendido, uma vez que não existe qualquer obrigação de seguir vivendo e, presente a voluntariedade, não haverá homicídio.

O mesmo pode ser dito com relação àqueles que deixaram diretivas antecipadas de vontade, pois, como vimos, a autonomia manifestada anteriormente terá seus efeitos prolongados no tempo, e será cabível dizer que qualquer recusa de tratamento que tome por base um testamento vital poderá ser considerada voluntária, desde que respeitadas certas cautelas no sentido de verificar se houve o desenvolvimento de novas técnicas e conhecimentos na área médica que poderiam impactar na vontade manifestada, se existem relatos por parte de pessoas próximas ou outras evidências que sugiram que o paciente teria mudado seu posicionamento, etc.

De forma um pouco mais complicada, quando o enfermo se encontra inconsciente sem ter manifestado suas intenções anteriormente, teremos dois cenários possíveis: (i) podem existir indícios de qual teria sido sua vontade, caso em que a decisão tomada será baseada em sua autonomia; (ii) podem não existir pistas de qual teria sido sua opção naquele caso, hipótese na qual serão levados em conta seus interesses fundamentais. Os

bebês e as crianças pequenas se encaixam, sempre, neste segundo cenário, pois, mesmo que se encontrem conscientes, não possuem – nem jamais possuíram – capacidade de autodeterminação.

No primeiro caso, a solução não diverge daquela em que o paciente se encontre consciente ou, estando inconsciente, tenha deixado diretivas antecipadas de vontade, apenas torna mais difícil a prova com relação ao desejo do enfermo.

Já no segundo, o cenário não é tão simples, pois os interesses fundamentais, como visto, terão um sentido diferente para cada pessoa, e só o próprio indivíduo poderia dizer, com base em sua autonomia e sua noção do que configura uma vida digna, que tratamentos atendem, ou não, a seus interesses fundamentais.

De todo modo, não sendo possível a tomada de decisão com fundamento na autonomia – que seria, como visto, o ideal – seus familiares e a equipe de saúde deverão tomá-la em conjunto, utilizando-se de sua própria concepção de beneficência, de forma heterônoma. Não havendo consenso, será consultado o Comitê de Ética do hospital e, se necessário, a decisão será delegada ao Poder Judiciário.

A dificuldade maior surge no caso de pacientes que se encontram conscientes, tendo deixado diretivas antecipadas de vontade solicitando a morte, mas que tenham perdido a lucidez de outrora.

Quando se trata de indivíduo nos estágios iniciais ou moderados da demência, ou seja, que ainda tenha momentos de lucidez, sua vontade manifestada nesses momentos deverá ser respeitada, com base em sua autonomia presente.

Em estágios mais avançados da doença, entretanto, não acreditamos ser possível atender à vontade de não ser mantido vivo manifestada enquanto o sujeito era capaz, por meio de diretivas antecipadas de vontade,

quando o enfermo esteja, no presente, demonstrando estar satisfeito com sua vida.

Acreditamos que a visão adotada por Dworkin de que nossa existência é una, e que a identidade sobrevive, intacta, à demência, não parece corresponder, sempre, à realidade, uma vez que, para nós, a construção da personalidade é composta de permanências e impermanências, não havendo sentido em pretender contar a história de nossas vidas, em todo e qualquer caso, como se fosse um livro, ou uma peça teatral, com um começo, um desenvolvimento, e um fim grandioso.

Não negamos a autonomia precedente, que, como visto, deve ser utilizada como presunção para descobrir qual teria sido a vontade atual do paciente que se encontra inconsciente caso se encontrasse acordado naquele momento. Mas, em se tratando de pessoa que deixou um testamento vital e desenvolveu alguma forma de demência, e que agora enxerga o mundo com novos olhos, parece estranho ignorar toda e qualquer súplica pela vida, e matá-la por ordem de alguém que ela não é mais.

Uma decisão pela morte poderá ser tomada enquanto a pessoa ainda não tenha atingido os graus mais avançados da doença, em seus momentos de lucidez. Entretanto, quando não seja mais possível verificar qualquer capacidade de autodeterminação, sustentamos que não será possível matá-la, de um modo geral, enquanto ela demonstre estar desfrutando de sua vida.

Não se trata, como visto, de uma questão simples, e deverá ser feita uma análise caso a caso. De todo modo, como dissemos, Dresser parece trazer algumas soluções interessantes para o problema levantado por Dworkin, que neste livro abraçamos.

17. Existem diversos argumentos por parte daqueles que se opõem à autonomia para morrer, geralmente de cunho religioso e paternalista, mas

também relacionados aos perigos trazidos por uma eventual legalização da eutanásia ativa direta e do suicídio assistido.

Como vimos, parte dos opositores do direito à morte digna sustentam que a vida possui um valor sagrado e que não pode ser violado nem por seu titular; outros temem que a permissão do auxílio para morrer, mesmo em situações específicas, poderia levar a uma futura autorização para casos duvidosos, relativizando-se o valor da vida (é o argumento da encosta escorregadia, ou *slipery slope*, relacionado ao temor deixado pela eugenia nazista); argumenta-se, ainda, que existe o risco de a decisão do paciente ser consequência de pressões externas ou de um transtorno psiquiátrico como uma depressão; por fim, alega-se que podem haver erros de diagnóstico ou de prognóstico, e que sempre existe a possibilidade de que a ciência encontre uma cura para a enfermidade do indivíduo, de modo que seria um erro deixá-lo desistir.

Com relação ao argumento da sacralidade da vida, podemos perceber que cada pessoa tem uma maneira de respeitá-la, não cabendo ao Estado ou à sociedade qualquer imposição nesse sentido.

Em um Estado laico como o brasileiro, pautado pela dignidade, pela liberdade e pela disponibilidade do direito à vida, não pode o Estado, de forma moralista, pretender que seus cidadãos demonstrem seu respeito à vida de forma uníssona.

Vimos, também, que viver é um direito disponível, autonomamente, por seu titular, devendo ser protegido, apenas, contra terceiros e, ademais, não possui valor absoluto, o que fica ainda mais evidente quando pensamos na permissão à pena de morte no caso de guerra declarada, na legítima defesa, etc., que já representam uma forma de relativizar sua proteção.

No mais, uma das características que nos torna humanos é, justamente, o fato de sermos seres morais, capazes de estabelecer linhas entre

o certo e o errado, e de criar limites e exceções a depender de cada contexto. Aceitar algo não significa aceitar tudo.

Acreditamos, então, que não faz sentido proibir o auxílio à morte para casos específicos, por um temor de que uma eventual legalização possa levar, futuramente, à autorização do suicídio assistido e da eutanásia ativa direta para casos duvidosos, podendo-se chegar ao extremo de um Estado totalitário, como o nazista, que mata seus cidadãos de forma involuntária.

Ao contrário, sustentamos que a retirada das liberdades individuais significa um passo no sentido do autoritarismo e de todas as violências que ele representa. Um governo que negue o direito de consciência de cada um será totalitário e, portanto, mais propenso a cometer atrocidades.

Quanto aos riscos de que sejam cometidos erros de diagnóstico e de prognóstico, e de que nossa decisão não seja dotada de autonomia, é evidente que devem ser criados outros mecanismos – além daqueles que já existem para prevenir e punir erros médicos – para assegurar que as informações prestadas ao paciente sejam, na maior medida possível, correspondentes à realidade, exigindo-se, dentre outras coisas, o parecer de um médico independente, como acontece na Holanda, na Bélgica e no Canadá e, ademais, que a decisão tomada seja dotada, efetivamente, de voluntariedade, recorrendo-se, por exemplo, a equipes multidisciplinares que possam proceder a essa avaliação, ou determinando que o consentimento do enfermo, além de informado, deva se dar de forma reiterada.

De todo modo, é nosso direito, sabendo que sempre existe, ainda que remotamente, uma possibilidade de que novas curas sejam descobertas e disponibilizadas ao público em tempo, ou de que tenha havido algum equívoco em nosso diagnóstico, escolher assumir o risco e optar pela morte.

Todos os dias fazemos escolhas que colocam nossas vidas em risco. Optamos por não adotar uma alimentação saudável, por fumar, por beber, andamos de motocicleta e, vez ou outra, decidimos pular de paraquedas.

É necessário admitir que, para algumas pessoas, vale mais uma vida bem vivida, com prazeres que não trazem, necessariamente, saúde ou segurança, do que uma vida com menos perigos e, teoricamente, mais longa.

Da mesma forma, devemos aceitar que as pessoas optem, autonomamente, sobre quando e como desejam encerrar suas vidas, assumindo os riscos decorrentes dessa decisão. Inclusive, a escolha pela morte é, geralmente, significativamente menos impulsiva, e mais ponderada e racional, do que as opções que fazemos no nosso dia a dia e que acabam por ameaçar, involuntariamente, nossas vidas.

Decisões como as descritas acima fazem parte do nosso direito à liberdade, e não cabe ao Estado interferir nessa esfera de autonomia para nos proteger de nós mesmos, quando não estejamos causando danos diretos a terceiros.

É preferível, portanto, que a autonomia para morrer seja legalizada e, por meio de uma profunda reflexão e pesquisa, regulamentada, reduzindo-se os riscos dela decorrentes.

Entender de outro modo seria dar um passo no sentido do totalitarismo, o que, nos parece, é muito mais arriscado do que qualquer procedimento médico de que se tenha conhecimento.

## Referências

- ALEMANHA. TRIBUNAL ADMINISTRATIVO FEDERAL DA ALEMANHA. *Acórdão 3 C 19.15*. J. em 02 mar. 2017. Disponível em: <https://www.bverwg.de/020317U3C19.15.0>. Acesso: 24 fev. 2021.
- ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- AUSTRÁLIA OCIDENTAL. *Voluntary Assisted Dying Act 2019*. Disponível em: [https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc\\_42491.pdf/\\$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement). Acesso: 23 fev. 2021.
- AZEVEDO, Antonio Junqueira de. Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana. *Revista da Faculdade de Direito*, São Paulo, Universidade de São Paulo, v. 97, p. 107-125, 1 jan. 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67536/70146>. Acesso: 23 fev. 2021.
- BACON, Francis. *O progresso do conhecimento*. Trad. Raul Fiker, São Paulo: Editora Unesp, 2007.
- BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; ARAÚJO, Luana Adriano; MELO, Arthur Cezar Alves de. Morte assistida e dignidade humana no direito alemão. In: BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; VIVAS-TESSÓN, Inmaculada. *Cruzando Fronteiras: Perspectivas Transnacionais e Interdisciplinares dos Estudos de Deficiência*. Porto Alegre: Editora Fi, 2020.
- BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Revista Panóptica*, v. 5, n. 2, 2010.

BASTOS, Celso Ribeiro. *Direito de recusa de pacientes submetidos a tratamento terapêutico às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas*. Parecer em resposta à consulta jurídica realizada pela Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová, 23 nov. 2000. Disponível em: [https://www.academia.edu/23683434/CELSO\\_RIBEIRO\\_BASTOS. Direito de recusa de pacientes submetidos a tratamento terap%C3%AAutico\\_%C3%Aos\\_transfus%C3%B5es\\_de\\_sangue\\_por\\_raz%C3%B5es\\_cient%C3%ADficas\\_e\\_convic%C3%A7%C3%B5es\\_religiosas](https://www.academia.edu/23683434/CELSO_RIBEIRO_BASTOS_Direito_de_recusa_de_pacientes_submetidos_a_tratamento_terap%C3%AAutico_%C3%Aos_transfus%C3%B5es_de_sangue_por_raz%C3%B5es_cient%C3%ADficas_e_convic%C3%A7%C3%B5es_religiosas)  
Acesso: 24 fev. 2021.

BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 4. ed. Nova York: Oxford University Press, 1994.

\_\_\_\_\_. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. Nova York: Oxford University Press, 2001.

BÉLGICA. *Loi relative à l'euthanasie*, de 28 de maio de 2002.

BÉLGICA. *Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs*, de 28 de fevereiro de 2014.

BERLIN, Isaiah. Five Essays on Liberty. In: BERLIN, Isaiah, *Liberty*. Reino Unido: Oxford University Press, 2002, p. 3-279.

BETANCOR, Juana Teresa. El testamento vital. *Eguzkilore - Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, San Sebastián, Universidad del País Vasco, n. 9, p. 97-112, dez. 1995.

BIANCHI, Giorgio. Genocídio. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Diccionario de Política*. Trad. Raúl Crisafio et al. 2ª ed. México: Siglo Veintiuno Editores.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 24 de fevereiro de 1891*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. *Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. *Decreto n. 30.822 de 6 de maio de 1952*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos/decretos/1952/D30822.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1952/D30822.html). Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL DO DISTRITO FEDERAL. *Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3*. Juiz: Eduardo Santos da Rocha Penteado. Brasília. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?secao=DF&proc=200734000148093>. Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. *Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Habeas Corpus nº 268.459-SP (2013/0106116-5)*. Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Brasília. J. em 02 set. 2014. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=33010937&tipo=91&nreg=201301061165&SeqCgrmaSessao=&C odOrgaoJgdr=&dt=20141028&formato=PDF&salvar=false>. Acesso: 24 fev. 2021.

- BURLÁ, Cláudia et al. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 22, n. 1, p. 85-93, 2014. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/885/977](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/885/977). Acesso: 24 fev. 2021.
- BURNS, Catherine. Charlie Gard's parents want 'Charlie's Law'. *BBC News*, Londres, 20 jun. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/health-44334306>. Acesso: 24 fev. 2021.
- CALSAMIGLIA, Albert. Sobre la eutanasia. *Doxa*, Cuadernos de Filosofía del Derecho, Alicante, Universidad de Alicante, n. 14, 1993, p. 337-358. Disponível em: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc12659>. Acesso: 22 fev. 2021.
- CANADÁ. SUPREME COURT OF CANADA. *Case number 35591 (Carter v. Canada)*. Disponível em: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>. Acesso: 22 fev. 2021.
- CASTÁN, María Luisa Marín. La polémica decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre el caso Gard y otros contra el Reino Unido. *Revista de Bioética y Derecho*, Barcelona, Universitat de Barcelona, v. 43, p. 261-276, 2018. Disponível em: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/21890/23684>. Acesso: 24 fev. 2021.
- CHAPMAN, James. Carey: I've changed my mind on right to die: On eve of Lords debate, ex-Archbishop dramatically backs assisted death law. *The Daily Mail*, Reino Unido, 11 jul. 2014. Disponível em: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2689295/Carey-Ive-changed-mind-right-die-On-eve-Lords-debate-ex-Archbishop-dramatically-backs-assisted-death-law.html>. Acesso: 24 fev. 2021.
- CLARK, David. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncology*, v. 8, p. 430-438, 2007. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(07\)70138-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(07)70138-9/fulltext). Acesso: 24 fev. 2021.

COLETTA, Amanda. The right time to die: Canada's law allowing physician-assisted suicide faces criticism over restrictions. *The Washington Post*, Washington D.C., 15 nov. 2018. Disponível em: [https://www.washingtonpost.com/world/2018/11/15/right-time-die-canadas-law-allowing-physician-assisted-suicide-faces-criticism-over-restrictions/?utm\\_term=.c5a7cc3f4a6d](https://www.washingtonpost.com/world/2018/11/15/right-time-die-canadas-law-allowing-physician-assisted-suicide-faces-criticism-over-restrictions/?utm_term=.c5a7cc3f4a6d). Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia C-239/97*. Relator: Carlos Gaviria Diaz. Bogotá. J. em 20 maio 1997. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>. Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-970/14*. Relator: Luis Ernesto Vargas Silva. Bogotá. J. em 15 dez. 2014. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>. Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-544/17*. Relatora: Gloria Stella Ortiz Delgado. Bogotá. J. em 25 ago. 2017. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>. Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. *Decreto-lei 100 de 20 de fevereiro de 1980*. Disponível em: [https://normograma.info/men/docs/pdf/codigo\\_penal\\_1980.pdf](https://normograma.info/men/docs/pdf/codigo_penal_1980.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. *Lei 599 de 24 de julho de 2000*. Disponível em: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0599\\_2000.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html). Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. *Lei 890 de 07 de julho de 2004*. Disponível em: [http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2\\_col\\_ley\\_890\\_2004.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_col_ley_890_2004.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. *Projeto de lei n. 23 de 2018*. Disponível em: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2018-2019/1149-proyecto-de-ley-023-de-2018>. Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. *Projeto de lei n. 163 de 2019*. Disponível em: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos- radicados-senado/p-ley-2019-2020/1634-proyecto-de-ley-163-de-2019>. Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. *Resolução 1216 de 20 de abril de 2015*. Disponível em: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

COLÔMBIA. *Resolução 825 de 09 de março de 2018*. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/resolucion-825-de-2018.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. *Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018*. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. V Jornada de Direito Civil. *Enunciado 403*. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/207>. Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. VI Jornada de Direito Civil. *Enunciado 533*. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/144>. Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n. 1.805/2006 de 28 de novembro de 2006*. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1.973, de 01 de agosto de 2011*. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973\\_2011.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm). Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/RES\\_CFM\\_1995\\_2012.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/RES_CFM_1995_2012.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Recomendação CFM nº 8 de 12 de março de 2015.*

Disponível em: [https://www.ghc.com.br/files/RECOMENDACAO\\_CFM\\_8\\_2015.pdf](https://www.ghc.com.br/files/RECOMENDACAO_CFM_8_2015.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.* Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019.*

Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras/pdf/RES\\_CFM\\_2232\\_2019.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras/pdf/RES_CFM_2232_2019.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco; Hirschheimer, Mário Roberto. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 13, n. 2, p. 86-96, 2005. Disponível em:

[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/110/120](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/110/120).

Acesso: 24 fev. 2021.

CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. *Case of Gross v. Switzerland.* Disponível em:

<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-119703>. Acesso: 24 fev. 2021.

CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. *Case of Koch v. Germany.* Disponível em:

<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-112282>. Acesso: 24 fev. 2021.

CUNHA, Antônio Geraldo da. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa.* 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

DAUSSY, Laure. La justice referme le dossier Chantal Sébire. *Le Figaro*, Paris, 23 mar. 2009. Disponível em:

<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/03/23/01016-20090323ARTFIG00449-la-justice-referme-le-dossier-chantal-sebire-php>. Acesso:

24 fev. 2021.

DAVIS, Nicola. Euthanasia and assisted dying rates are soaring. But where are they legal?

*The Guardian*, Reino Unido, 15 de jul. 2019. Disponível em:

<https://www.theguardian.com/news/2019/jul/15/euthanasia-and-assisted-dying-rates-are-soaring-but-where-are-they-legal>. Acesso: 24 fev. 2021.

DEATH WITH DIGNITY. *Death with Dignity Acts*. Disponível em: <https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/>. Acesso: 24 fev. 2021.

DIAS, Roberto. A dignidade da pessoa humana e o testamento vital no ordenamento constitucional brasileiro. In: BERTOLDI, Márcia Rodrigues; OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de (Org.). *Direitos fundamentais em construção: estudos em homenagem ao Ministro Carlos Ayres Britto*. Belo Horizonte: Fórum, 2010, v. 1, p. 99-120.

\_\_\_\_\_. *O direito fundamental à morte digna: uma visão constitucional da eutanásia*. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

\_\_\_\_\_. Derechos fundamentales de los pacientes al fin de la vida: de la ética médica al proyecto de código penal brasileño. *Biow Journal – Rivista di Biodiritto*, Trento, Università di Trento, v. 3, p. 99-116, 2015. Disponível em: <http://www.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biow&page=article&op=view&path%5B%5D=102&path%5B%5D=86>. Acesso: 24 fev. 2021.

\_\_\_\_\_; ISTAMATI, Gisela Barroso. Eutanásia, células-tronco e feto anencéfalo: os debates nas audiências públicas e os argumentos para a discussão da eutanásia. *Revista da Ajuris*, Rio Grande do Sul, Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul, v. 42, n. 138, p. 109-129, 2015.

\_\_\_\_\_; SANTOS, Fernanda Freire dos. El derecho a la muerte digna: en defensa del suicidio asistido y de la limitación del esfuerzo terapéutico. *Biow Journal – Rivista di Biodiritto*, Trento, Università di Trento, v. 3, p. 123-139, 2016. Disponível em: <http://www.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biow&page=article&op=view&path%5B%5D=185&path%5B%5D=162>. Acesso: 24 fev. 2021.

DIGNITAS. *Página oficial*. Disponível em: [http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&lang=en](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&lang=en). Acesso: 24 fev. 2021.

DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, ago. 2006.

\_\_\_\_\_ ; COSTA, Sérgio. Morrer com dignidade: um direito fundamental. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 121-134. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

\_\_\_\_\_ ; LIONÇO, Tatiana. Morte digna e luto: direitos a considerar. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 15 fev. 2009. Disponível em: <https://alias.estadao.com.br/noticias/geral.morte-digna-e-luto-direitos-a-considerar.324173>. Acesso: 24 fev. 2021.

DODGE, Raquel Elias Ferreira. Eutanásia – Aspectos Jurídicos. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/299/438](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/299/438). Acesso: 24 fev. 2021.

DRESSER, Rebecca. Another Voice: Toward a Humane Death with Dementia. *Hastings Center Report*, Nova Iorque, Hastings Center, v. 25, n. 6, p. 32-38, nov./dez. 1995. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/3527839?seq=3#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3527839?seq=3#metadata_info_tab_contents). Acesso: 24 fev. 2021.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. Autonomy and the Demented Self. *The Milbank Quarterly*, Nova Iorque, Milbank Memorial Fund, v. 16, n. 2, p. 4-16, 1986. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/3349959?read-now=1&seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3349959?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents). Acesso: 24 fev. 2021.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. SUPREMA CORTE DE MONTANA. *Baxter v. Montana*.

Relator: Justice W. William Leaphart. J. em 31 dez. 2009. Disponível em: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2015/12/Baxter-Decision-December-2009.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

ENGEL, Magali Gouveia. 2001. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001

EUTHANASIA and assisted suicide laws around the world. *The Guardian*, Reino Unido, 17 jul. 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2014/jul/17/euthanasia-assisted-suicide-laws-world>. Acesso: 24 fev. 2021.

EXIT. A.D.M.D SUISSE ROMANDE. *Página oficial*. Disponível em: <https://www.exit-romandie.ch/l-assistance-au-suicide-fr360.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

*EXIT*, le droit de mourir. Direção: Fernand Melgar. Produção: Fernand Melgar, Jean-Marc e Matthieu Henchoz. Produção executiva: Florence Adam. Suíça: Produção de Climage; JMH Productions; Filme Flash (França), 2005. Formato 1.66, Dolby SR (75 min). Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=7iNYTj\\_Go3k](https://www.youtube.com/watch?v=7iNYTj_Go3k). Acesso: 24 fev. 2021.

FARÍAS, Víctor. *Salvador Allende: Antisemitismo y Eutanasia*. 1ª ed. Chile: Editorial Maye Ltda., 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIRLIK, Andrew D. Margo's Logo. *Journal of the American Medical Association (Jama)*, American Medical Association, 01 jan. 1991. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/384634>. Acesso: 24 fev. 2021.

FLURY, Reto. Dignitas-Gründer in Pilotprozess freigesprochen. *Neue Zürcher Zeitung*, Zurich, 01 jun. 2018. Disponível em: <https://www.nzz.ch/zuerich/dignitas-gruender-freigesprochen-ld.1390687>. Acesso: 24 fev. 2021.

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. Os comitês de ética hospitalar.

*Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 2, 1998. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/340/408](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/340/408). Acesso: 24 fev. 2021.

GRANT, Kelly. From dementia to medically assisted death: A Canadian woman's journey, and the dilemma of the doctors who helped. *The Globe and Mail*, Toronto, 12 out. 2019. Disponível em: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-from-dementia-to-medically-assisted-death-a-canadian-womans-journey/>.

Acesso: 24 fev. 2021.

HANSEN-FLASCHEN, John. Lifeline. *The Washington Post*, Washington, DC, 8 maio 1990.

Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/archive/lifestyle/wellness/1990/05/08/lifeline/0600618e-2821-472b-a976-b774d922a691/>. Acesso: 24 fev. 2021.

HOHFELD, Wesley Newcomb. Fundamental Legal Conceptions as Applied in Judicial Reasoning. *The Yale Law Journal*, New Haven, Yale Law School, v. 26, n. 8, p. 710-770, 1917.

HOLANDA. *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*

(“*Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding*”) de 12 de abril de 2001. Disponível em: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2018-08-01>. Acesso: 24 fev. 2021.

HOLANDA. *Código Penal*. Disponível em: [https://www.legislationline.org/download/id/6415/file/Netherlands\\_CC\\_am2012\\_en.pdf](https://www.legislationline.org/download/id/6415/file/Netherlands_CC_am2012_en.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

HORNBY, Albert Sidney. *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*. 6ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.

HORTA, Márcio Palis. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 27-33, 1999. Disponível em:

[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/290/429](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/290/429). Acesso: 24 fev. 2021.

HURST-MAJNO, Samia; MAURON, Alexandre. Assisted Suicide in Switzerland: clarifying liberties and claims. *Bioethics*, International Association of Bioethics, v. 31, n. 3, p. 199-208, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bioe.12304>. Acesso: 24 fev. 2021.

ITÁLIA. *Constituição da República Italiana*. Costituzione Della Repubblica Italiana (edizione in lingua portoghese). Disponível em: [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVII/COST\\_PO\\_RTOGHESE.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVII/COST_PO_RTOGHESE.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.

JOSEPH, Yonette; MAGRA, Iliana. David Goodall, 104, Scientist Who Fought to Die on His Terms, Ends His Life. *The New York Times*, Nova Iorque, 10 maio 2018. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2018/05/10/world/europe/david-goodall-australia-scientist-dead.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. In: KANT, Immanuel; CHAÚÍ, Marilena de Souza (coord.). *Os pensadores*: Kant II. Seleção CHAÚÍ Marilena de Souza. Traduções de Tania Maria Bernkopf, Paulo Quintela e Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

KIPPER, Délio José. Até que ponto os pais têm o direito de decidir por seus filhos? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 73, n. 2, p. 67-74, 1997.

\_\_\_\_\_. O Problema das Decisões Médicas Envolvendo o Fim da Vida e Propostas para Nossa Realidade. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/286/425](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/286/425). Acesso: 24 fev. 2021.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. Trad. Paulo Menezes. 10ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

LASSALLE, Ferdinand. *A essência da Constituição*. Trad. Walter Stöner. 6ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

- LEPARGNEUR, Hubert. *Bioética e eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia*. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 41-48, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/292/431](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/292/431). Acesso: 24 fev. 2021.
- LIFE CIRCLE. Página oficial. Disponível em: [https://www.lifecircle.ch/pdf/EternalSPIRIT\\_Foundation.pdf](https://www.lifecircle.ch/pdf/EternalSPIRIT_Foundation.pdf). Acesso: 24 fev. 2021.
- LIMA, Clarisse Laupman Ferraz. *Liberdade religiosa e segurança internacional: desafios e perspectivas*. 2016. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/6979/1/Clarisse%20Laupman%20Ferraz%20Lima.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.
- LIMA, Liliana de. *Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico*. 2ª ed. Organización Panamericana de Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, [s.d.]. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.
- LOBO, Lígia Ferreira. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.
- MACHADO, Jónatas Eduardo Mendes. *Liberdade religiosa numa comunidade constitucional inclusiva: dos direitos da verdade aos direitos dos cidadãos*. Coimbra: Coimbra Editora, 1996.
- MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- MARTÍNEZ, Fernando Rey. La ayuda médica a morir como derecho fundamental: Comentario crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de Febrero de 2015, asunto Carter v. Canadá. *Biolaw Journal – Rivista di Biodiritto*, Trento, Università di Trento, v. 2, p. 245-260, 2015. Disponível em:

<http://www.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biolaw&page=article&op=view&path%5B%5D=90&path%5B%5D=78>. Acesso em 23 fev. 2021.

MCDOUGALL, Rosalind; PRATT, Bridget. Too much safety? Safeguards and equal access in the context of voluntary assisted dying legislation. *BMC Med Ethics*, v. 21, n. 38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00483-5>. Acesso: 23 fev. 2021.

MELO, Mônica de. *Direito fundamental à vida e ao aborto a partir de uma perspectiva constitucional, de gênero e da criminologia*. Tese (Doutorado em Direito Constitucional) - Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21811/2/M%C3%B4nica%20de%20Melo.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

MILL, John Stuart. *Sobre a liberdade*. Trad. Denise Bottmann. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria SAS/MS n. 140, de 27 de fevereiro de 2014*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prto140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prto140_27_02_2014.html). Acesso: 24 fev. 2021.

MÖLLER, Letícia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. 1ª ed. Curitiba: Juruá, 2007.

MORE, Thomas. *Utopia*. Trad. Anah de Melo Franco, Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

MOTA, Joaquim Antônio César. Quando um tratamento torna-se fútil? *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 35-39, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/291/430](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/291/430). Acesso: 24 fev. 2021.

NABOKOV, Vladimir. *Fala, memória*. Trad. Luiz Carlos Dolabela Chagas, Rio de Janeiro: Editora Saga, 1966.

NOVAIS, Jorge Reis. *Direitos fundamentais: trunfos contra a maioria*. Coimbra: Coimbra Editora, 2006.

OREGON. DEATH WITH DIGNITY. *The Oregon Death with Dignity Act de 27 de outubro de 1997*. Disponível em: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/statute.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. *O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil*. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

\_\_\_\_\_. *O consentimento informado na experiência europeia*. I Congresso Internacional sobre: “Os desafios do Direito face às novas tecnologias”. Ribeirão Preto, 2010.

\_\_\_\_\_. *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2012. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31524/1/Direitos%20dos%20pacientes%20e%20responsabilidade%20m%C3%A9dica.pdf>. Acesso: 24 fev. 2021.

PESSINI, Léo. A eutanásia na visão das grandes religiões mundiais (budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo). In: PESSINI, Léo. *Eutanásia: Por que abreviar a vida?* São Paulo: Loyola, 2004, p. 229-265.

\_\_\_\_\_. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357). Acesso: 24 fev. 2021.

PIMENTEL, Sílvia. A Sacralidade da vida e o aborto: idéias (in)conciliáveis. In: DORA, Denise Dourado (org.). *Feminino e Masculino: igualdade e diferença na justiça*. Porto Alegre: Sulina, 1997, p. 153-163.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios e perspectivas contemporâneas. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, Brasília, Tribunal Superior do Trabalho, v. 75, n.1, jan./mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 13ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012a.

\_\_\_\_\_. *Temas de Direitos humanos*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012b.

ROXIN, Claus. A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia. Trad. Luís Grecco. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, v. 8, n. 32, p. 9-38, out/dez. 2000.

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

SANDEL, Michael J. *Justiça: o que é fazer a coisa certa*. Trad. Heloísa Matias e Maria Alice Máximo. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

\_\_\_\_\_. *Contra a perfeição: Ética na era da engenharia genética*. Trad. Ana Carolina Mesquita. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

SÃO PAULO (estado). *Lei n. 10.241 de 17 de março de 1999*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>. Acesso: 24 fev. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARMENTO, Daniel. *Livres e iguais: estudos de Direito Constitucional*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

SEGRE, Marco; GUZ, Gabriela. Bioética e direito na terminalidade da vida. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v.13, n. 2, p. 121-126, 2005.

SENADO FEDERAL. *Parecer sobre o PSL 149/2018*. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2018/12/substitutivo.pdf>.

Acesso: 24 fev. 2021.

SENADO FEDERAL. *Projeto de Lei do Senado n. 236 de 10 de julho de 2012*. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3515262&ts=1553283893996&disposition=inline>.

Acesso: 24 fev. 2021.

SENADO FEDERAL. *Projeto de lei do Senado n. 149/2018*. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7653326&ts=1567533600480&disposition=inline>.

Acesso: 24 fev. 2021.

SENADO FEDERAL. *Requerimento n. 435 de 07 de agosto de 2018*. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7823194&ts=1567532226207&disposition=inline>.

Acesso: 24 fev. 2021.

SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui. Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema? *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 23, n. 3, p. 475-484, dez. 2015.

SILVA, Virgílio Afonso da. Princípios e regras: mitos e equívocos acerca de uma distinção. *Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais*, Belo Horizonte, Del Rey, n. 1, p. 607-630, jan./jul. 2003.

SINGER, Peter. *Ética prática*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Martins Fontes, 2018.

SOLITÁRIO ANÔNIMO. Direção: Débora Diniz. Produção: ImagensLivres. Formato: Vídeo (18 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uTZEDtx8noU>.

Acesso: 24 fev. 2021.

SUETÔNIO. *A vida dos doze Césares*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2012. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/539475/001035170.pdf>.

Acesso: 24 fev. 2021.

- SUÍÇA. *Code pénal suisse du 21 décembre 1937*. Disponível em: <https://www.droit-bilingue.ch/rs/lex/1937/00/19370083-index-fr-it.html>. Acesso: 24 fev. 2021.
- TORRADO, Santiago. Colômbia regulamenta eutanásia para crianças e adolescentes. *El País*, Bogotá, 11 mar. 2018. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/10/internacional/1520696972\\_962348.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/10/internacional/1520696972_962348.html). Acesso: 24 fev. 2021.
- TUTU, Desmond. Desmond Tutu: a dignified death is our right – I am in favour of assisted dying. *The Guardian*, Reino Unido, 12 jul. 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2014/jul/12/desmond-tutu-in-favour-of-assisted-dying>. Acesso: 24 fev. 2021.
- TUTU, Desmond. When my time comes, I want the option of an assisted death. *The Washington Post*, Washington, DC, 6 out. 2016. Disponível em: [https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/archbishop-desmond-tutu-when-my-time-comes-i-want-the-option-of-an-assisted-death/2016/10/06/97c804f2-8a81-11e6-b24f-a7f89eb68887\\_story.html?noredirect=on&utm\\_term=.695f226d7571](https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/archbishop-desmond-tutu-when-my-time-comes-i-want-the-option-of-an-assisted-death/2016/10/06/97c804f2-8a81-11e6-b24f-a7f89eb68887_story.html?noredirect=on&utm_term=.695f226d7571). Acesso: 24 fev. 2021.
- VALADÉS, Diego. *Eutanasia: régimen jurídico de la autonomía vital*. In CARPIZO, Jorge; VALADÉS, Diego. *Derechos humanos, aborto y eutanásia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia e Universidad Nacional Autónoma de México, 2010.
- VITÓRIA. *Voluntary Assisted Dying Act 2017*. Disponível em: <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/17-61aa004%20authorised.pdf>. Acesso: 23 fev. 2021.
- WENAR, Leif. The Nature of Rights. *Philosophy and Public Affairs*, v. 33, n. 3, jun. 2005, p. 223-253, disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.2005.00032.x>. Acesso: 23 fev. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Dementia: a public health priority*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf)

[;jsessionid=3A487B4BoFAE4EC64430CD6805156229?sequence=1](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-11102012-111708/pt-br.php). Acesso: 24 fev. 2021.

ZYLBERSZTAJN, Joana. *O princípio da laicidade na Constituição Federal de 1988*. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-11102012-111708/pt-br.php>. Acesso: 24 fev. 2021.

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de pesquisa acadêmica/científica das humanidades, sob acesso aberto, produzida em parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil. Conheça nosso catálogo e siga as páginas oficiais nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



**[www.editorafi.org](http://www.editorafi.org)**  
[contato@editorafi.org](mailto:contato@editorafi.org)