

**XXIV CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI - UFMG/FUMEC/DOM
HELDER CÂMARA**

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

LEANDRO MARTINS ZANITELLI

MÔNICA NEVES AGUIAR DA SILVA

SILVANA BELINE TAVARES

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – Conpedi

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Conselho Fiscal

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG /PUC PR

Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches - UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)

Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

Secretarias

Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC

Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU

Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC

Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC

Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM

Diretoras de Eventos - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA

Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladimir Oliveira da Silveira – UNINOVE

B615

Biodireito e direitos dos animais II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFMG/
FUMEC/Dom Helder Câmara;

coordenadores: Leandro Martins Zanitelli, Mônica Neves Aguiar Da Silva, Silvana Beline
Tavares – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-079-4

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: DIREITO E POLÍTICA: da vulnerabilidade à sustentabilidade

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Biodireito. I. Congresso
Nacional do CONPEDI - UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara (25. : 2015 : Belo Horizonte,
MG).

CDU: 34



XXIV CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI - UFMG/FUMEC /DOM HELDER CÂMARA

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

Apresentação

No Congresso deste ano, o GT teve a apresentação de boa quantidade de trabalhos sobre direitos dos animais, a sugerir a conveniência, em um futuro próximo, de um grupo próprio para esse tema. Entre os trabalhos apresentados, vários versam sobre a discussão basilar, mas, não obstante, pertinente, dada a situação atual do direito brasileiro, sobre os animais como pessoas ou sujeitos de direitos. É o caso dos trabalhos de Paula Maria Tecles Clara e Paula Cristiane Motta Sales ("Os animais como sujeitos de direito"), Samory Pereira Santos ("Os animais como sujeitos de direitos fundamentais"), Carolina Maria Nasser Cury e Lais Godoi Lopes ("Para além das espécies: a busca por um conceito juridicamente adequado para os animais no direito brasileiro") e Mariana de Carvalho Perri ("Dignidade para animais não humanos: uma questão de justiça"). Outros trabalhos se debruçam sobre temas mais pontuais, como o de Cristian Graebin e Selma Rodrigues Petterle ("A aplicação dos princípios constitucionais ambientais de precaução e prevenção em relação ao animal não humano"), sobre a ressignificação dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção tendo em vista o imperativo da consideração aos interesses dos animais, e os de Rafael Speck de Souza ("Experimentação animal na sociedade de risco e a violação do princípio da igual consideração de interesses"), Roberta Maria Costa Santos ("Experimentação animal: uma análise à luz da ética animal e da Constituição Federal de 1988") e Lucia Frota Pestana de Aguiar Silva ("Habermas e o futuro da natureza humana diante da ética animal: utilização oblíqua da doutrina habermasiana em justificativa a comitês de ética e experimentação animal"), sobre a permissibilidade e limites do uso de animais em experimentos.

Carolina Belasquem de Oliveira e Thais Garcia Jeske no artigo Saúde mental no Brasil a partir de uma perspectiva da bioética buscam a partir da visão focaultiana refletir acerca da autonomia dos pacientes com transtornos mentais lembrando que estes e o tratamento dos pacientes com transtornos psiquiátricos é algo que deve ser debatido atualmente. Trazem a reflexão acerca da reforma psiquiátrica em conjunto com os princípios estruturantes da bioética, ressaltando as diferenças para os pacientes acometidos pela doença antes e depois da Lei 10.216/2001.

O artigo Transexualidade, biodireito e direito de família: a necessidade de valorização da autonomia privada escrito pelas autoras Ariete Pontes De Oliveira e Iana Soares de Oliveira Penna pretende analisar algumas implicações da transexualidade no Direito de Família, a

validade do casamento após a cirurgia de mudança de sexo, a alteração do registro civil dentre outras questões utilizando como fundamento princípios constitucionais e do Direito de Família, sob o marco do Estado Democrático do Direito e a dignidade da pessoa humana.

Corpo e subjetividade na transexualidade: uma visão além da (des)patologização artigo de Leonardo Canez Leite e Taiane da Cruz Rolim tem como objetivo, discutir a transexualidade no contexto das políticas de saúde pública no Brasil, frente à luta pelo reconhecimento de transexuais. Buscou-se problematizar as diferentes classificações e intervenções que foram decisivas na estruturação da transexualidade enquanto transtorno de identidade de gênero, atenuando as possibilidades de ditos da transexualidade a uma patologia, lembrando que, toda construção política dos corpos desvela e articula sexualidade, gênero e direitos humanos com ênfase na construção de uma democracia pós-identitária.

No artigo Uma reflexão sobre a tutela jurídica do embrião humano e a questão do aborto no Brasil, Lília Nunes Dos Santos discorre sobre o início da vida e de sua natureza propondo pesquisar sobre os dados apresentados pelas ciências biomédicas a respeito do início do ciclo vital e abordando as considerações jus filosóficas acerca do momento em que o homem passa a existir. À luz da Constituição Federal, do Código Civil e do Código Penal pátrios observou-se segundo a autora a proteção e a tutela do direito à vida e à existência do nascituro em torno da problemática sobre a descriminalização do aborto.

Antonio José Mattos do Amaral e Rogério Sato Capelari no artigo Da imperiosa necessidade de alteração do Art. 58 da Lei 6.015/1973: um registro público de respeito à transexualidade e o direito ao nome social sem a intervenção do poder judiciário retratam o problema da discriminação, intolerância e discriminação sofrida pelos transexuais em seu cotidiano, apresentando-se o imperativo de alteração de nome sem a necessidade do transexual se submeter a um processo de transgenitalização por considerar que tal procedimento não se faz necessário para registrar paz e conforto em sua condição de transgênero.

Em Uma resposta para o dilema da internação compulsória do dependente químico à luz da bioética latino-americana as autoras Mônica Neves Aguiar Da Silva e Jessica Hind Ribeiro Costa fazem uma reflexão acerca das complicações decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas e o dilema referente a necessidade (e efetividade) da internação compulsória. Propõem as autoras a construção de um contraponto entre a autonomia individual dos dependentes químicos e a situação de extrema vulnerabilidade em que vivem.

Os autores Danilo Zanco Belmonte e Edgar Dener Rodrigues no artigo Direitos fundamentais e a proteção jurídica do embrião in vitro buscam, por meio de pesquisa bibliográfica,

investigar a partir do processo de reprodução humana assistida, na modalidade *in vitro*, o problema quanto à eliminação de embriões excedentes contraposto com o direito à vida. Perquiriram qual a situação jurídica do embrião desta maneira concebido para o direito, bem como, se são detentores de direitos fundamentais, em especial o direito à vida.

O artigo Parto anônimo ante aos direitos humanos e fundamentais de Roberta Ferraço Scolforo e Juraciara Vieira Cardoso tem por objetivo examinar o instituto do parto anônimo, visando à compreensão do conceito e do histórico da roda dos expostos, por meio do estudo do Direito Comparado e de sua evolução no Brasil, além de estudar o princípio da dignidade da pessoa humana e sua aplicação quando se está diante de uma relação afetiva, parental e acima de tudo sanguínea, analisando os direitos fundamentais da criança e os pontos polêmicos do parto anônimo no Brasil.

Utilizando categorias como corpo, gênero, sexo, invisibilidade social e intersexualidade a partir do método pós-estruturalista de matriz foucaultiana, o artigo Os corpos refeitos: a intersexualidade, a prática médica e o direito à saúde de Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira tem por objetivo discutir como a prática médica atua sobre os corpos intersexuais a partir das cirurgias de normalização do sexo, e, se estas violam o direito à saúde das pessoas com anomalia no desenvolvimento sexual, partindo da premissa que o direito à saúde é direito humano protegido pelo direito interno e internacional.

Rodrigo Róger Saldanha e Larissa Yukie Couto Munekata em O tráfico de órgãos e tecidos no direito brasileiro têm por objetivo analisar a lei que regula a matéria de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante e tratamento - Lei nº 9.434/97, bem como o artigo 199, §4º da Constituição Federal. Trataram ainda sobre a questão da comercialização de tecidos, especialmente de medula óssea, como uma forma de disposição voluntária que segundo os autores deveria ser legalizada; as espécies de transplantes e o tratamento anterior à Lei nº 9.434/97.

Relevante, igualmente, a produção concernente a questões de autonomia e capacidade bioética. Nesta seara, debruçou-se Iara Antunes de Souza ao revisar a teoria das incapacidades à luz do novíssimo Estatuto da pessoa com deficiência, trazendo tese sobre o tema que certamente irá auxiliar a interpretação das novas normas legais. Examinando a autonomia no final da vida, Maria de Fátima Freire de Sá e Pedro Henrique Menezes Ferreira fazem interessante paralelo entre a Colômbia e a Bélgica a partir do estudo de caso. E Amanda Souza Barbosa enriquece a doutrina brasileira sobre o tema ao nos brindar com seu artigo O necessário (re)pensar do tratamento jurídico conferido às decisões sobre o fim da vida no Brasil: contribuições a partir de Dworkin, Beauchamp e Childress.

Ainda no viés do estudo sobre a autonomia, Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann nos apresenta hipótese em que a vulnerabilidade acrescida deu ensejo a um dos casos mais polêmicos envolvendo experimentação em crianças nos EUA. Natália Petersen Nascimento Santos, por sua vez, constrói a tese da existência de ficção de respeito à autonomia quando envolvida a exploração do sujeito nas pesquisas clínicas com humanos.

Outros trabalhos, igualmente consistentes e de reconhecida utilidade acadêmica merecem ser apresentados: Sociedade de Risco, Bioética e Princípio da precaução de Marcelo Pereira dos Santos; A criação e a utilização dos bancos de perfis genéticos para fins de persecução criminal no Brasil: uma análise através da Bioética e do advento da lei 12.654/2012 de Carlos Eduardo Martins Lima; Submissão obrigatória à identificação do perfil genético para fins criminais: uma abordagem à luz do direito à intimidade e da dignidade da pessoa humana, de George Maia Santos e Pedro Durão; Os perigos da biotecnologia à prática da medicina tradicional baseada em plantas e o papel do direito na garantia do direito à medicina tradicional, de Robson Antão de Medeiros; A eugenia liberal: um olhar a partir da obra "O futuro da natureza humana de Jürgen Habermas, de Riva Sobrado de Freitas e Daniela Zilio.

**O NECESSÁRIO (RE)PENSAR DO TRATAMENTO JURÍDICO CONFERIDO ÀS
DECISÕES SOBRE O FIM DA VIDA NO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR
DAS OBRAS DE DWORKIN, BEAUCHAMP E CHILDRESS**

**THE NEEDED (RE)THINK OF THE LEGAL TREATMENT GRANTED TO END
OF LIVES DECISIONS IN BRAZIL : CONTRIBUTIONS FROM DWORKIN,
BEAUCHAMP AND CHILDRESSS WORKS**

Amanda Souza Barbosa

Resumo

Este trabalho tem como objetivo propor caminhos para a qualificação das reflexões sobre o tratamento jurídico (a ser) conferido às situações atinentes ao fim da vida, no Brasil. Para tanto, adotou-se o método dialético e foi realizada pesquisa bibliográfica e documental. Tem-se como principal resultado a identificação de que a doutrina precisa enfrentar a porosidade dos conceitos de eutanásia, ortotanásia, distanásia e suicídio assistido, bem como questionar o tratamento jurídico conferido a essas categorias. A conclusão a que se chega é a urgência de debates a respeito, aguardando-se do Estado uma tomada de posicionamento sobre a (i) licitude de determinadas decisões sobre viver e morrer, bem como se este deve ser um campo reservado à liberdade individual, e em que medida.

Palavras-chave: Eutanásia, Fim da vida, Direito à morte digna

Abstract/Resumen/Résumé

This work aims to propose paths towards the qualification of the reflections about the legal treatment (to be) conferred on end-of-life situations, in Brazil. To do so, the dialectical method has been adopted and a bibliographical and documentary research has been made. Its main result is the identification that the doctrine must face the porosity of euthanasia, orthotanasia, dysthanasia and assisted suicide concepts, questioning the legal treatment that have been given to these categories. The conclusion reached is the urgency of debates on that matter, waiting on the State for a positioning decision about the (il)legality of life-and-death decisions, as well if they should be reserved to individual freedom, and to what extent.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Euthanasia, End of life, Right to a dignified death

1 INTRODUÇÃO

Das leituras realizadas na área do Biodireito, à primeira vista, parece que já se encontram firmados, em nosso ordenamento jurídico, posicionamentos sobre questões delicadas, que passaram a ser enfrentadas por diversas pessoas, seja na qualidade de pacientes ou profissionais da saúde. Dentre essas questões estão aquelas relacionadas ao fim da vida. A tomada de decisões em momentos de transição entre viver e morrer sempre foi trágica, como é referenciado na Bioética. Contudo, o avanço da técnica médica, ao permitir o prolongamento artificial da vida, gerou circunstâncias antes nunca enfrentadas, acompanhadas pelo crescente apelo ao respeito à autonomia do paciente. Diante dessas mudanças, acredita-se que os debates a respeito devem ser ainda mais aprofundados.

O presente trabalho tem como objetivo geral propor caminhos para a qualificação das reflexões sobre o tratamento jurídico (a ser) conferido às situações atinentes ao fim da vida no Brasil. Adotou-se a metodologia dialética e foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental. Tem-se como objetivos específicos: a) apresentar o estado da arte da disciplina jurídica brasileira a respeito, explicitando-se os conteúdos da eutanásia, ortotanásia, distanásia e suicídio assistido; b) expor os resultados de pesquisa jurisprudencial, tendo sido selecionado um dos julgados encontrados para análise de sua fundamentação; c) problematizar a fragilidade dos conceitos apresentados a partir das considerações de Beauchamp e Childress; d) desenvolver noções trabalhadas por Dworkin quanto aos elementos a serem considerados no momento de se tomar decisões a respeito do fim da vida. Os objetivos específicos serão trabalhados em cada item do desenvolvimento, respectivamente, da forma descrita a seguir.

No primeiro item, é realizada incursão no modo como a doutrina brasileira vem enfrentando situações relacionadas ao fim da vida, sobretudo a partir dos avanços da técnica biomédica nas últimas décadas. Apresentados os principais conceitos utilizados para descrever as condutas possíveis – distanásia, ortotanásia, eutanásia e suicídio assistido, e a disciplina jurídica atribuída a cada uma a partir do ordenamento jurídico brasileiro, aponta-se a fragilidade dessas categorias quando confrontadas com situações reais. No segundo item do desenvolvimento, foi discriminado o resultado de pesquisa jurisprudencial realizada em agosto de 2015, além de ter sido feita análise da fundamentação de um voto prolatado por desembargador do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS), datado de 2011.

Nos terceiro e quarto itens do desenvolvimento, são apresentadas reflexões que põem em xeque muitas das noções que vêm sendo reproduzidas a respeito do fim da vida. Em Beauchamp e Childress, analisa-se a imprecisão das distinções tradicionais entre rejeição e

interrupção de tratamento médico, bem como entre tratamento comum e extraordinário. Também são revisitados os limites entre “matar” e “deixar morrer”, categorias frequentemente utilizadas para se distinguir a eutanásia passiva da ortotanásia. Em Dworkin, é abordada a complexidade de se tomar decisões morais, políticas e jurídicas a respeito do fim da vida. Na tentativa de viabilizar uma aproximação da temática, ele destaca três questões presentes neste processo de tomada de decisão: autonomia, interesses fundamentais e santidade da vida. Com isto, espera-se contribuir com o debate nesse âmbito.

2 ESTADO DA ARTE DO TRATAMENTO JURÍDICO CONFERIDO ÀS DECISÕES SOBRE O FIM DA VIDA NO BRASIL

Os avanços da técnica médica propiciaram uma mudança radical no processo de morte. Antes, a morte era algo natural, vivida no seio familiar quando constatada a ausência de possibilidades de cura. Atualmente, é possível manter as funções vitais de um corpo para além dos limites impostos pela doença, caso evoluísse naturalmente. Para Junges (1999, p. 173), essa possibilidade de prolongamento artificial da vida, além de dar margem à obstinação terapêutica, exclui o doente do seu próprio processo de morte e substitui o convívio familiar pelo isolamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), sob a responsabilidade dos profissionais de saúde. Além disso, o avanço da técnica médica fez surgir situações antes não imaginadas, às quais o Direito deve respostas.

Möller (2007, p. 95-99) atribui à sensibilização com a situação do paciente terminal exposto a tratamentos que prorrogam o momento da morte sem lhe trazer benefícios, mas somente dor e sofrimento, o surgimento de menções à um direito à morte digna. Para a autora, morrer com dignidade relaciona-se à ideia de morrer em paz, no momento certo, com integridade física e espiritual, com conforto e alívio do sofrimento. Por entender que a dignidade é uma categoria ética e jurídica de conteúdo mutável de acordo com a evolução histórica, crenças e visões morais de comunidades culturais particulares, a autora refere que cabe exclusivamente ao paciente definir o que considera uma morte digna. Trata-se de decisão que apenas lhe diz respeito, não invadindo a esfera de liberdade de outros indivíduos.

Para Dworkin (2003, *passim*), as pessoas têm o direito de não ser vítimas de indignidade, de não ser tratadas de um modo que considere desrespeitoso em face de sua cultura e comunidade. Falar-se em morrer com dignidade demonstra como é importante que a morte seja um reflexo do modo de vida assumido pelo indivíduo ao longo da sua existência, que seja apropriada de acordo com as suas convicções. Cabe registrar que, quando o paciente

terminal se encontra consciente e capaz de manifestar a sua vontade, acredita-se que a sua decisão sobre o curso do tratamento, dentro daquilo que compreende como morte digna, deve ser respeitada pelo médico e por sua família. Contudo, também os pacientes cujos estados de inconsciência e incapacidade sobrevêm a um estado anterior de autonomia podem, neste período, ter formado posicionamento acerca da morte e do modo como gostariam de enfrentá-la¹ (MÖLLER, 2007, p. 101).

Diante da multiplicidade das circunstâncias geradas pelos avanços biotecnológicos no tocante ao fim da vida, passou-se a identificá-las como forma de se ter melhores parâmetros para a tomada de decisão a respeito, sobretudo no âmbito da Bioética e Ética médica. Serão tratadas, a seguir, do modo como aparecem na doutrina brasileira: a distanásia, a ortotanásia, a eutanásia e o suicídio assistido.

A distanásia, ou obstinação terapêutica, se refere à manutenção da vida a qualquer custo, prolongando-se o processo de morte artificialmente, sem que as intervenções representem uma melhor qualidade de vida ao paciente ou reais expectativas de reversão do quadro de terminalidade (BORGES, 2007, p. 236). É prática considerada eticamente reprovável, pois instrumentaliza o homem, reduzindo-o à sua dimensão biológica (JUNGES, 1999, p. 183). Há divergências quanto ao seu enquadramento jurídico. Para Almeida (2005, p. 456), embora a distanásia encontre amparo legal, é prática eticamente inaceitável. Villas-Bôas (2005, p. 74), por sua vez, entende que a distanásia pode representar lesão à integridade física do paciente (artigo 129 do Código Penal - CP), bem como cerceamento de sua liberdade (constrangimento ilegal – artigo 146 do CP), sempre que realizada à sua revelia, como forma de obter vantagens econômicas ou por vaidade profissional.

Já a ortotanásia representa conduta diametralmente oposta, na medida em que implica na abstenção ou supressão de tratamentos extraordinários, fúteis e desproporcionais, cuja manutenção importa em mais prejuízos e sofrimento do que benefícios para o paciente que se encontra em estado terminal, permitindo-se que a morte siga o seu caminho natural. É referida como prática de cunho terapêutico, que garante dignidade ao paciente em estado terminal (DADALTO, 2013, p. 55-56). Villas-Bôas (2005, p. 190) observa que, para a doutrina, a ortotanásia não suscita condenação penal por ser considerada uma conduta atípica (morte natural), lícita (por ser exercício regular de direito) ou não-culpável (vislumbrando-se a inexigibilidade de conduta diversa). Nesta linha está a posição até então adotada no Projeto

¹ Nesse âmbito, as diretivas antecipadas de vontade se apresentam como mecanismo capaz de possibilitar a manifestação dessa vontade, tema que não será explorado por conta dos limites deste trabalho.

de Lei que propõe reformas ao CP (PLS 236/2012). Em seu artigo 121, § 7º, a ortotanásia não é considerada crime (RÊGO, 2014, p. 48).

A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) foi a primeira a aventar a possibilidade, do ponto de vista normativo (*lato sensu*) em âmbito federal, da prática da ortotanásia no Brasil. De acordo com seu artigo 1º: “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (BRASIL, 2006). Impugnada pelo Ministério Público Federal (MPF) em 2007, através de ação civil pública, a resolução chegou a ser suspensa por decisão liminar. Em 2010, foi proferida sentença julgando improcedente o pedido do *parquet*, por se tratar de resolução que versa sobre prática atinente à Ética Médica e que não constitui crime à luz do ordenamento jurídico brasileiro (DISTRITO FEDERAL, 2010). O Código de Ética Médica (CEM) ratifica essa possibilidade em seu artigo 41, parágrafo único (BRASIL, 2009)².

Há Projeto de Lei do Senado (PLS nº. 524/2009) cujo escopo é disciplinar os direitos do paciente em estado terminal. De acordo com o art. 6º e parágrafos do projeto referido, é possível a limitação ou a suspensão de procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida se houver manifestação favorável da pessoa em fase terminal ou de seu representante legal. No momento, o projeto encontra-se arquivado desde dezembro de 2014. Na esfera estadual, a Lei Mário Covas em São Paulo (Lei Estadual nº. 10.241/2009) chega a assegurar os direitos de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e de optar pelo local da morte em seu artigo 2º, incisos XXIII e XXIV. As Leis Estaduais nº 16.279/2006 (art. 2º, XXI)³ e nº 14.254/2003 (art. 2º, XXIX e XXX)⁴, de Minas Gerais e Paraná respectivamente, disciplinam garantia semelhante.

A eutanásia, por sua vez, se refere à antecipação consentida da morte de pessoa acometida por doença (física e/ou psicológica) incurável, podendo ela se encontrar em estado terminal ou não, mas passando por forte sofrimento, de modo que a medida é motivada por um sentimento de compaixão ou piedade em relação ao doente (BORGES, 2007, p. 235). A

² “Art. 41 [...] Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

³ “Art. 2º - São direitos do usuário dos serviços de saúde no Estado: [...] XXI - recusar tratamento doloroso ou extraordinário.”

⁴ “Art. 2º. São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado do Paraná: [...] XXIX - recusar tratamento doloroso ou extraordinário para tentar prolongar a vida; XXX - a ter uma morte digna e serena, podendo ele próprio (desde que lúcido) ou a família ou o responsável, optar pelo local de morte.”

doutrina costuma classificar a eutanásia, quanto à conduta do agente, em ativa, quando praticado ato comissivo, ou passiva, se o tratamento não é iniciado ou suspenso. A eutanásia ativa ainda pode ser direta ou indireta, de acordo com a presença ou não da intenção de se abreviar a vida de quem padece (SÁ; MOREIRA, 2012, p. 89). Para Junges (1999, p. 178-181), suprimir diretamente uma vida humana implica na negação da pessoa como fim em si mesmo.

No Brasil, a prática da eutanásia vem sendo considerada homicídio doloso (artigo 121, § 1º do CP), ainda que privilegiado pela presença de motivo de relevante valor moral (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 179). Também no CEM a eutanásia conta com vedação expressa, como se vê em seu artigo 41: “É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal” (BRASIL, 2009). A rigor, a eutanásia indireta ou de duplo efeito não deve receber o mesmo tratamento jurídico. Por exemplo: a administração de elevadas doses de analgésicos, quando realizada com o fito de aplacar a dor do paciente, não pode ser considerada conduta ilícita ainda que tenha como efeito secundário a aceleração do processo de morte, desde que tal seja comunicado ao doente. Nesse caso, o *animus* reside em proporcionar ao enfermo qualidade de vida, e não provocar a sua morte. Por se tratar de um efeito colateral inevitável, descarta-se também o dolo eventual ou culpa consciente, considerando-se uma conduta não delituosa (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 81-82).

No PLS 236/2012, a eutanásia contava com tipo penal autônomo (artigo 122), cuja redação seria: “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 [...]” (BRASIL, 2012). O texto deste artigo não refletia integralmente as características da eutanásia que vêm sendo trabalhadas pela doutrina até então. Houve restrição aos pacientes em estado terminal e a conduta somente poder ser motivada pela abreviação de sofrimento de ordem física, não psíquica. Esse dispositivo foi retirado do projeto de lei, conforme minuta do Relatório Final dos trabalhos da Comissão Temporária de Estudo da Reforma do Código Penal, sob o seguinte argumento:

Há condutas, previstas no Código de Projeto, que não possuem qualquer dignidade penal. Não demandam uma resposta de natureza penal por parte do Estado, a sua ofensividade social não alcança a necessidade do direito penal. A criminalização de tais condutas, a nosso sentir, banaliza o direito penal. São condutas que podem ser suficientemente endereçadas por outros ramos do direito, como o civil e o administrativo. A eutanásia (art. 122) é uma delas. Por isso propomos a sua supressão (BRASIL, 2013).

Não se pode concordar que a eutanásia é uma conduta que carece de dignidade penal. Embora a doutrina, de forma pacífica, tenha-a identificado com o homicídio doloso privilegiado, entende-se que as particularidades da ação mereceriam um tipo penal próprio. Isto, ao menos, promoveria a discussão ampla sobre o tema no Brasil. Não se pode ignorar que muitos países vêm legalizando a eutanásia e práticas correlatas nos últimos anos, a exemplo da Holanda, Bélgica e Suécia (CONHEÇA..., 2014). Na América Latina, a Colômbia recentemente admitiu a prática da eutanásia pela Resolução nº 1.216/2015 do Ministério da Saúde. De acordo com a normativa, é possível antecipar a morte de paciente terminal a seu pedido (eutanásia), requerimento que deve ser aprovado por um comitê interdisciplinar, sendo garantido ao paciente os cuidados paliativos e a rejeição, a qualquer tempo, de tratamentos desnecessários (ortotanásia), que não atendam à proporcionalidade terapêutica (COLOMBIA, 2015).

Uma vez registrada a necessidade de um posicionamento preciso do Poder Legislativo brasileiro a respeito da eutanásia, observe-se que, por se tratar de uma conduta omissiva, a ortotanásia pode ser confundida com a eutanásia passiva diante de um caso concreto. A principal distinção entre tais figuras reside na natureza do tratamento que é suspenso ou interrompido: a eutanásia passiva representa a cessação de tratamentos ordinários, que trazem benefícios ao quadro de saúde do paciente terminal, enquanto a ortotanásia apenas afasta os tratamentos extraordinários e fúteis, que representam uma agressão desproporcional ao benefício que dela pode advir. Diz-se com frequência que cada situação corresponde, respectivamente, a matar e deixar morrer (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 73-74). Essa diferenciação é bastante delicada e será retomada mais adiante.

Dentre as possíveis condutas a serem adotadas diante de um quadro de terminalidade há, ainda, o suicídio assistido. Assim como a eutanásia, implica na abreviação da vida, estando o enfermo em estado terminal ou não. Porém, enquanto na eutanásia o ato que desencadeia o processo de morte é realizado por outrem que não o doente (geralmente o médico), no suicídio assistido esse ato é cometido pela pessoa que padece, tendo recebido auxílio de terceiros para que a conduta se tornasse possível. Entenda-se como auxílio a provisão dos meios materiais ou dos conhecimentos necessários para o cumprimento do propósito. O suicida age com autonomia, de modo que o suicídio assistido não é compatível com as situações de indução ou instigação ao suicídio. No direito brasileiro, a conduta se encontra tipificada no artigo 122 do CP (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 92-93).

Desse apanhado inicial sobre o que diz a doutrina a respeito das principais circunstâncias relacionadas ao fim da vida, vê-se que o foco reside numa conceitualização de

caráter analítico, cujas fragilidades pouco são abordadas. Não se chama a atenção devida para os limites destes enunciados, a não ser à distinção entre eutanásia passiva e ortotonásia, a ser revisitada. As consequências jurídicas de muitas destas categorias ainda são obscuras, havendo uma carência de critérios seguros para a sua identificação. O PLS 236/2012 seria uma grande oportunidade para se refletir a respeito, sobretudo nos âmbitos parlamentar e social. Contudo, parece não ter havido a percepção da importância do tema, do quanto é necessário e aguardado um posicionamento do Estado brasileiro a respeito, não só no que se refere à (i)licitude de cada uma das condutas apontadas, mas se o julgamento sobre o seu cabimento ou não será uma matéria a ser regulada pelo Estado ou reservada ao exercício da liberdade individual.

3 PESQUISA JURISPRUDENCIAL SOBRE AS QUESTÕES RELATIVAS AO FIM DA VIDA NOS TRIBUNAIS BRASILEIROS

Após pesquisa jurisprudencial, constatou-se que o número de causas que chegam aos tribunais e que envolvem diretamente a temática ora sob análise é muito pequeno, de modo que os dados não são numericamente representativos. Entre os dias 16 e 17 de agosto de 2015, utilizou-se os termos “Eutanásia”, “Ortotonásia”, “Distanásia” e “Direito de morrer” para busca de acórdãos nos sítios eletrônicos de todos os Tribunais de Justiça do país, bem como do STJ e STF. Foram identificados, no total, 5 decisões envolvendo a temática, assim distribuídas: TJSP (AP 0003009-12.2010.8.26.0004; AP 0006701-08.2012.8.26.0082; AP 994867-0/1); TJPE (ED 268396-5) e TJRS (AP 70054988266; AP 70042509562). Dentre elas, foi selecionado para análise o segundo julgado do TJRS indicado, por ser o que mais se debruça sobre a temática na fundamentação. Eis o caso.

Em dezembro de 2010, uma senhora foi internada com um quadro de descompensação secundária a insuficiência renal e pré-edema agudo de pulmão. Diante do seu estado de saúde, houve indicação médica expressa quanto à realização de hemodiálise. No momento da internação, o seu neto se apresentou como responsável e prestou consentimento para que ela fosse submetida ao tratamento. Contudo, o filho da paciente arrogou para si a condição de responsável e não autorizou a realização da hemodiálise, alegando estar cumprindo desejo da sua mãe. Diante do impasse e cientes do risco de vida que corria a paciente, já em estado de uremia, a Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (AFPERGS) ajuizou ação cautelar de suprimimento de vontade em face do filho e

neto da paciente para que fosse suprida a vontade de quem fosse o responsável, autorizando-se os médicos a proceder o tratamento indispensável (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 2-3).

Embora o Ministério Público (MP) tenha se manifestado pelo deferimento da liminar, o juízo de primeira instância decidiu pelo indeferimento da inicial por ilegitimidade ativa. No apelo, a AFPERGS sustentou sua legitimidade ativa por julgar necessário respaldo judicial para que não fosse responsabilizada futuramente, tendo-se em vista a divergência familiar no tocante à aderência ou não da paciente ao tratamento proposto. Na segunda instância, o MP se manifestou pela negativa do provimento (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 4-6). Embora uma série de questões suscitem comentários até aqui, como a via eleita, a legitimidade ativa da AFPERGS e a representatividade da condição de responsável legal na perquirição da vontade que a paciente teria manifestado caso tivesse condições de se expressar e de se autodeterminar, serão concentrados esforços na análise da construção da fundamentação do voto do relator quanto à realização ou não da hemodiálise.

Inicialmente, o desembargador identificou que o caso se situa na tensão entre ortotanásia e distanásia, valendo-se da doutrina, da Resolução nº 1.806/2006 do CFM, da Lei nº 10.241/1999 do estado de São Paulo e do projeto de reforma do CP já referido. Afirma a necessidade de respeito à vontade pessoal enquanto imperativo da dignidade da pessoa humana e destaca a divergência entre filho e neto da paciente em torno de qual seria a sua vontade em relação ao tratamento. Considerou ser o filho o responsável legal, pela maior proximidade parental, e o neto o responsável pela internação. Em seguida, evoca – acredita-se que equivocadamente – um *leading case* norte-americano: o caso Terri Schiavo⁵ (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 7).

Neste último, em linhas gerais, a paciente se encontrava em estado vegetativo persistente⁶. Enquanto seu marido, constituído seu representante legal, sustentava que ela teria se manifestado em vida a respeito de não desejar ser mantida viva naquelas condições, pleiteando a suspensão dos cuidados paliativos (medidas de hidratação e alimentação

⁵ O relator se referiu ao caso Terri Schiavo sem justificar a razão de tê-lo mencionado: “A hipótese dos autos faz lembrar o célebre caso da americana Terri Schiavo, falecida em 31.03.2005, após ter sido mantida em vida vegetativa por mais de quinze anos, quando a Justiça norte-americana terminou por fazer prevalecer a vontade externada pelo marido, contraposta à dos pais.” (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 7).

⁶ O termo estado vegetativo persistente foi primeiramente referido em estudo realizado pela *Multi-Society Task Force on PVS*, em 1994, no *The New England Journal of Medicine*. Para Dadalto (2013, p. 40-41), de acordo com este estudo, “o estado vegetativo é uma situação clínica de completa ausência da consciência de si e do ambiente circundante, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotálamicas e do tronco cerebral.” Dentre as características do quadro, estão a impossibilidade de interação com o próximo, a ausência de compreensão ou expressão verbais. Enquanto o estado vegetativo persistente é um diagnóstico, referindo-se a uma condição de uma capacidade que persiste, o dito estado vegetativo permanente é um prognóstico, pois se refere à irreversibilidade do quadro.

artificiais), seus pais arguíam que ela deveria continuar sob os cuidados médicos. Eles aduziam, ainda, que o marido de Terri tinha conflitos de interesses que o impediam de tomar a melhor decisão, pois ele seria herdeiro em caso do seu falecimento e mantinha união estável com outra mulher, com quem teve dois filhos durante o processo. O Poder Judiciário norte-americano terminou por fazer prevalecer a vontade do marido, após longa batalha judicial (GOLDIM, 2005).

As diferenças entre a causa levada ao TJRS e o caso Terri Schiavo saltam aos olhos. A paciente do caso ora sob análise não se encontrava em estado vegetativo persistente. Aliás, não ficou claro se o seu grave quadro de saúde permite dizer que ela se encontrava em estado terminal, apenas tendo sido mencionado que a hemodiálise poderia expô-la a risco de vida, dado que mudaria significativamente as consequências jurídicas. À luz do quanto desenvolvido pela doutrina, a tensão entre ortotanásia e distanásia identificada pelo relator só se justifica se a paciente estivesse em estado terminal, em razão das próprias características e circunstâncias que compõem o sentido destes institutos, já vistos. Ainda assim, a rigor, as duas possibilidades poderiam ser de logo descartadas, pois por mais de uma vez ficou patente que a hemodiálise era uma indicação médica considerada essencial, logo, não pode ser considerada um tratamento fútil ou extraordinário. Tendo ela finalidade terapêutica, a sua não realização importaria na prática de eutanásia passiva, conduta sujeita a condenação penal por homicídio de acordo com as leis brasileiras, sem o privilégio do artigo 121, § 1º do CP, pois a paciente não se encontrava em condições de se manifestar a respeito.

O precedente invocado é originário dos EUA, não tendo sido forjado sob o vetor da Constituição e princípios jurídicos brasileiros. Ainda que superado esse porém, observe-se que, o que há em comum entre os dois casos é a divergência quanto à qual seria a vontade da paciente. No caso Terri Schiavo, seu marido alegava que ela havia manifestado verbalmente, quando ainda estava consciente, que não desejaria permanecer num estado como aquele. Esta versão foi confirmada pelo irmão e cunhada dele. Na ausência de diretivas antecipadas de vontade por escrito, este foi o fator decisivo que fez o magistrado determinar a retirada das sondas de alimentação e hidratação, ainda que houvesse divergências a respeito, tendo sido ignorados os depoimentos da família biológica de Terri e de seus amigos de longa data (TERRI SCHINDLER SCHIAVO FOUNDATION, 2005?). Contudo, as dificuldades de se perquirir qual seria a vontade de uma pessoa caso pudesse se manifestar suscitadas pelo *leading case* norte-americano não foram exploradas no voto em questão.

Neste tocante, o relator se limitou a transcrever, *ipsis literis*, trecho extenso da sentença apelada. De acordo com o excerto referido, a questão é centrada na análise da

(in)disponibilidade do direito à vida. A juíza entendeu que a não realização da hemodiálise seria conduta condizente com a última vontade da paciente, nos seguintes termos (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 8-9):

A justificativa dada pelo descendente, para negar autorização para o tratamento, foi de que seria esta a última vontade de Irene Freitas, *o que é factível, uma vez que é de conhecimento comum que o procedimento da hemodiálise é muito desgastante*. Constantes são as desistências pelas dificuldades decorrentes e pela intensidade e tempo que o paciente fica atrelado ao equipamento. [...] O caso em tela enquadra-se nesse contexto. O filho pretende, negando autorização, realizar o último desejo de sua mãe. Dado o exposto, com mais razão, não há que se aceitar que a paciente não poderia dispor de sua saúde, se quando ainda possuía discernimento, optou por não mais submeter-se à hemodiálise (grifos nossos).

Observe-se que, em lugar de se debruçar sobre as possíveis provas e indícios capazes (ou não) de demonstrar se a paciente, de fato, se manifestou em vida a respeito, a magistrada tomou isto como verdadeiro por entender ser factível uma negativa nestas circunstâncias. De acordo com o seu julgamento pessoal, é crível que a paciente tenha assim se manifestado, tendo em vista que a hemodiálise é um tratamento reconhecidamente desgastante. Diante da divergência entre a vontade do neto e do filho da paciente, não havendo qualquer outro indício de que essa manifestação de vontade ocorreu, senão a declaração do segundo, não se poderia reputá-la como verdadeira somente porque a magistrada a reputou factível. Por ser frágil a declaração do filho quanto à vontade de sua mãe, resta insustentável ter nesta a principal justificativa para se autorizar a não realização da hemodiálise. Se adequadamente enfrentadas as questões doutrinárias postas no início do voto, ainda que já reconhecidas as suas limitações, seria dada maior atenção à natureza do tratamento e saúde da paciente durante o processo compreensivo.

Logo na ementa do acórdão, é indicada a necessidade de “[...] se dar valor ao enunciado constitucional da dignidade humana que, aliás, sobrepõe-se, até, aos textos normativos, seja qual for sua hierarquia” (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 1). Na sentença proferida e quase que exaustivamente reproduzida no voto que se analisou, é dito que: “Em época na qual é crescente a discussão sobre a necessidade de ponderar-se o direito à vida, confrontando-o com o direito à dignidade da pessoa, [...] tais tipos de tratamento e doenças, por serem muito gravosos, muitas vezes são, de forma consentida, rechaçados” (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 8). A ponderação funcionou, aqui, como álibi teórico que tudo justifica, inclusive os julgamentos pessoais da magistrada a respeito do tratamento que estava em questão.

De todo o exposto até então, tem-se que as questões atinentes ao fim da vida são ainda timidamente tratadas pela doutrina nacional, em termos que ainda carecem de um maior aprofundamento, não parecendo estar o Poder Judiciário preparado para enfrentar este tipo de caso. Sabe-se que, embora os processos judiciais não sejam abundantes, a conduta a ser adotada perante a terminalidade da vida pelos profissionais de saúde, familiares e pessoas próximas ao enfermo é questão correntemente enfrentada nas unidades de saúde pelo país. Por isso, acreditando-se que os debates devem ser fomentados, serão indicados alguns pontos considerados importantes para que o tema seja melhor problematizado. Não há a pretensão de oferecer respostas perfeitas e acabadas, mas sim a de apresentar questões que devem permear o debate a respeito.

4 REFLEXÕES SOBRE O FIM DA VIDA EM BEAUCHAMP E CHILDRESS: A DESCONSTRUÇÃO DAS DISTINÇÕES TRADICIONAIS E OS LIMITES ENTRE MATAR E DEIXAR MORRER

Por mais que a teoria principialista, concebida pelos bioeticistas Beauchamp e Childress (2002, p. 217), seja objeto de críticas⁷, ela oferece grandes contribuições para o (re)pensar das circunstâncias que envolvem o fim da vida, a serem exploradas neste item. Neste campo, é comum se deparar com distinções alçadas a vetores de orientação para a tomada de decisões. Dentre as trabalhadas pelos autores, destaque-se as distinções entre rejeição/interrupção do tratamento e tratamento comum/extraordinário. Os autores visam demonstrar como essas distinções são falaciosas, propondo a sua substituição pela diferença entre formas de tratamento obrigatórias e opcionais, bem como pela concepção de relação custo-benefício. Conhecer essa abordagem é importante para se perceber os limites dos conceitos correntemente trabalhados na doutrina nacional.

É comum que profissionais da saúde e familiares de pessoas que se encontram em estado terminal entendam ser justificada a rejeição a tratamentos que ainda não foram iniciados, enquanto a interrupção de tratamentos já ministrados é tida como moralmente inaceitável. Por trás dessa reação está a ideia de que interromper um tratamento torna o sujeito responsável pela morte, além de parecer conduta oposta à obrigação médica de cuidar. Para os autores a obrigação deve ser outra, a saber, de agir de acordo com os interesses e desejos do

⁷ Junges (1999, passim) tece críticas ao principialismo, na medida em que os princípios indicados como base da Bioética – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – seriam provenientes de tradições éticas distintas, quais sejam, a filosofia moral de Kant, o utilitarismo de Mill e o contratualismo de Rawls. Contudo, insiste-se que os autores traçam considerações importantes sobre o tema deste trabalho.

paciente. Daí se segue que a interrupção de um tratamento não implica no abandono do paciente, pois ela pode estar atendendo as suas diretrizes e ser acompanhada por outras formas de cuidado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 218-219).

A distinção entre abstenção e interrupção não é clara. A interrupção também pode se dar por ato omissivo, como não colocar a infusão no tubo alimentar. Além disso, as duas condutas se confundem em tratamentos compostos por fases, pois a decisão de não iniciar a fase seguinte pode representar tanto a interrupção de um tratamento em andamento quanto a abstenção de se proceder a um tratamento em seu plano geral. Muitas vezes, somente após se iniciar o tratamento será possível chegar a um diagnóstico e prognóstico adequados e a avaliação dos custos-benefícios daquele. Paradoxalmente, não propor ou permitir que se tente é moralmente pior do que não tentar. Não se admitir a interrupção de um tratamento que não é mais benéfico ou desejável pode conduzir à distanásia ou obstinação terapêutica, bem como à abreviação da vida, quando não se inicia um tratamento por se entender que ele não poderia ser suspenso. Por tudo isso, Beauchamp e Childress (2002, p. 219-220) acreditam que essa distinção é moralmente irrelevante, podendo gerar situações perigosas para os pacientes. Ambas as condutas podem ser justificadamente realizadas.

A segunda distinção a ser criticada é aquela entre tratamentos comuns e tratamentos especiais. Segundo a regra geral, os tratamentos especiais podem ser legitimamente rejeitados, enquanto os comuns não comportam essa possibilidade. A recusa dos primeiros significa deixar morrer, enquanto a recusa dos segundos é tida como homicídio ou suicídio. Para Beauchamp e Childress (2002, 221-224), essa distinção é vaga. Não é porque um tratamento é comum, habitual na *práxis* médica, que ele necessariamente deverá ser realizado, pois isso depende dos desejos do paciente e de sua condição geral. Sendo comum ou extraordinário, fato é que qualquer tratamento pode ser benéfico ou prejudicial para o paciente, de modo que a análise se volta para uma questão de vantagens e desvantagens, de custos e benefícios. Portanto, também esta distinção seria moralmente irrelevante.

Para os expoentes do princípalismo: “A obrigação de cuidar dos pacientes exige que se forneçam os tratamentos que estejam de acordo com seus desejos e interesses [...], e não que se forneçam os tratamentos em função do que representam para a sociedade como um todo” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 228). Em substituição às distinções tradicionais por eles descartadas, é proposta a oposição entre tratamentos opcionais e tratamentos obrigatórios como forma de se refletir as políticas e práticas na saúde, cuja base está no direito à autonomia do paciente e numa análise da qualidade de vida. Tratamentos fúteis, despropositados, ou cujas desvantagens excedem os benefícios à saúde podem ser

refutados, independentemente das distinções tradicionais. Esse juízo deverá se basear em considerações sobre os direitos e bem-estar do paciente, conforme seu juízo ou de um substituto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, *passim*).

Beauchamp e Childress (2002, p. 245) também se debruçaram sobre a diferença entre matar e deixar morrer, da qual provém uma série de outras distinções, como entre suicídio e recusa de tratamento, homicídio e morte natural, eutanásia passiva e ortotanásia, respectivamente. Contudo, esta não é uma diferenciação totalmente descartada pelos autores. Embora ela tenha papel importante no esquema moral, envolve noções vagas que demandam uma reformulação. Em primeiro lugar, não é possível eliminar as interseções entre matar e deixar morrer, como se fossem ações sempre e completamente distintas. “Matar” tem representado um conjunto de ideias centrado em causar diretamente a morte de alguém, enquanto “deixar morrer” reflete o ato de evitar intencionalmente uma intervenção causal para que uma enfermidade cause uma morte natural. Diferentemente desta, a palavra matar quase sempre é associada à uma conotação emotiva de algo moralmente errado.

Costuma-se dizer que a recusa de um tratamento, após o devido aconselhamento médico, é um exemplo de “deixar morrer”, e não “matar”, pois a morte é provocada pela doença subjacente e não propriamente pela recusa do tratamento. Neste caso, não é considerado errado deixar a pessoa morrer. Porém, se esse mesmo sujeito solicitasse uma conduta comissiva que lhe provocasse a morte, a ação de matar seria considerada maléfica. Os autores destacam que é pouco cogitada a possibilidade de que matar pode ser moral e legalmente justificável. Dá-se como exemplo a recusa de tratamento de suporte de vida. Pensando-se no “matar” como uma cadeia causal, a rigor, o paciente comete suicídio. A retirada da tecnologia é causa direta da morte, não deixando de ser um ato intencional de matar por contar com uma justificação moral e/ou legal. Contudo, a opinião médica ainda insiste que tal constitui um ato de deixar que a pessoa morra em virtude de condições preexistentes, apenas refreadas pela tecnologia, postura atribuída ao temor da classe por reprovações morais e responsabilidades legais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 244-248).

No fim das contas, é o julgamento moral que define o que se entende por “matar” e “deixar morrer”. Para os autores, ambas as ações são erradas *prima facie*, mas podem ser justificadas. Elas funcionam mais como uma categoria moral do que uma categoria causal. O julgamento dessas ações deveria assumir outro viés: a imputabilidade legal não deve ser imposta aos profissionais da saúde, a menos que tivessem a obrigação de realizar ou continuar o tratamento. Na ausência desta obrigação, torna-se irrelevante levantar questões sobre

causalidade. Portanto, deve-se evitar a construção de juízos a partir da diferença entre matar e deixar morrer, que demonstrou-se ser vaga, confusa e incapaz de apontar aprioristicamente se uma ação é melhor ou pior, transferindo-se o foco para as questões de responsabilidade moral e legal (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 249-251).

Beauchamp e Childress (2002, p. 251-253) também observam que, se é assente que o paciente tem o direito moral e legal de recusar um tratamento, há razões para se depreender que esses pacientes tem um direito similar de pedir assistência profissional capaz de controlar as condições e o momento em que irão morrer. Dificilmente essa conduta é reconhecida em leis ou códigos de ética. Porém, cada vez mais, um maior número de profissionais entende ser moralmente justificável a prestação de assistência médica ativa para um grupo restrito de pacientes, aqueles gravemente doentes, cujas dores e sofrimentos não podem mais ser aliviados pelos recursos da Medicina, contexto em que se vislumbra a eutanásia ativa e o suicídio assistido. Acreditam que, sob uma supervisão rigorosa, esses atos podem ser legalmente permitidos.

Por outro lado, muitos profissionais da saúde acreditam que o ato de matar pacientes é incompatível com as suas funções de cuidar, tratar e curar, mesmo que nas circunstâncias aventadas. Para os autores, há casos em que há razões morais suficientes para se justificar o ato de matar por piedade e o de prestar assistência num suicídio, contudo, isto não implica que deve haver uma revisão dos códigos de ética e políticas públicas. Ao se tratar sobre as possíveis modificações das proibições vigentes, devem ser distinguidas duas ordens de justificação: a justificação moral de um ato individual e a justificação de regras institucionais e leis que governam uma determinada prática. Uma regra que proíbe matar ativamente na medicina pode ser justificável, mesmo que excluam alguns atos particulares em que causar a morte de uma pessoa conte com amparo moral. Por razões políticas, às vezes é necessário proibir totalmente tais atos, mesmo que não sejam moralmente errados, se houver riscos de ocorrência de abusos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 253-255).

Com frequência, as proibições são instrumental e simbolicamente importantes, de modo que a sua anulação poderia enfraquecer determinadas práticas e atitudes. Aduz-se que as regras contra causar a morte de pacientes representam uma base para a confiança estabelecida entre eles e os profissionais da saúde. Espera-se que estes ajam sempre no intuito de promover o bem-estar do paciente, em todas as circunstâncias. Torná-los agentes de eutanásia ativa poderia gerar uma perda de confiança pública. Para os autores, contudo, estes argumentos de “descida/encosta escorregadia” não contam com evidências suficientes. Acreditam que a legalização, ainda que por via excepcional, de práticas como a eutanásia

voluntária ativa e o suicídio assistido, pode ser objeto de políticas sociais e códigos de ética profissionais apropriados, que previnam abusos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 256-259).

Deve-se reconhecer que há diversas situações que causam temores legítimos a respeito das intervenções médicas ativas para se provocar a morte, como o receio de abusos contra pessoas com deficiências físicas ou mentais. Por outro lado, não se pode perder de vista que negar a uma pessoa auxílio ou promoção da sua morte pode frustrar seus planos e gerar uma perda, colocando-a em uma situação de indignidade e desespero. Os autores observam que, muitas vezes, júris absolvem médicos que cometem eutanásia ativa ou auxílio ao suicídio, por entenderem ser admissível uma desobediência civil justificada e escrupulosa das leis que proíbem essas práticas. Qualquer que seja a decisão tomada a respeito da admissibilidade ou não dessas ações, ela deve ser precedida por uma análise cautelosa de todas as suas implicações, pelo menos aquelas ao alcance das antecipações possíveis (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 261-264).

5 QUESTÕES MORAIS E POLÍTICAS QUE PERMEIAM AS DECISÕES EM TORNO DO FIM DA VIDA EM DWORKIN

Dworkin (2009, p. 251-252) inicia suas incursões sobre eutanásia apresentando o desejo de morrer como algo recorrente em todo o mundo. Afirma que, diariamente, pessoas racionais pedem permissão para morrer, ou para que outras pessoas pratiquem o ato que desencadeará o seu processo de morte. Os motivos são os mais diversos. Algumas já se encontram em estado terminal e enfrentam grandes sofrimentos, outras não suportam continuar vivas nas condições em que estão. Há casos, ainda, em que esse pedido parte de algum membro da família, como costuma acontecer em relação a pessoas que estão em estado vegetativo persistente. O avanço da técnica médica permite que pessoas sejam mantidas vivas para além dos limites naturais, ainda que gravemente debilitadas e em estado de inconsciência permanente. Por isso, cada vez mais as pessoas sentem a necessidade de decidir, com antecedência, como desejam ser tratadas nestas circunstâncias.

Esse tipo de decisão, assim como a morte, parece realmente ser inevitável, não necessariamente em relação a si próprio, mas também na qualidade de parentes, amigos ou médicos. Trata-se, à primeira vista, de uma decisão individual, mas que também assume um viés político e jurídico. Para Dworkin (2009, *passim*), urge a tomada de uma decisão política, afinal, cabe à comunidade decidir até que ponto um de seus membros poderá optar pela morte.

Refletir sobre isso nas esferas política e jurídica demanda uma compreensão mais compartilhada sobre o tipo de pergunta que se está fazendo, sobre como uma dada comunidade pensa sobre a morte. Em direção à tentativa de oferecer subsídios que conduzam a uma resposta, Dworkin (2009, p. 268) observa que tomar decisões sobre a morte tem implicações diretas em três questões morais e políticas específicas, muitas vezes confundidas entre si, quais sejam: autonomia, interesses fundamentais e santidade da vida humana.

O princípio da autonomia é normalmente invocado por aqueles que acreditam ser crucial para o direito das pessoas a permissão para a tomada de decisões sobre a própria morte, planejando-a, podendo contar até mesmo com a assistência de médicos. Aqueles contrários à legalização da eutanásia também invocam a autonomia ao demonstrar preocupação com a possibilidade de pessoas que, em verdade, prefeririam viver, sejam mortas a seu pedido. Uma lei que permita a eutanásia deverá, certamente, determinar que essa manifestação de vontade seja inequívoca. Porém, tal elemento é de difícil aferição. Pessoas que sofrem de uma doença terminal, por exemplo, podem se sentir pressionadas a pedir para morrer, como nos casos de culpa pelo dinheiro gasto e/ou pela atenção exigida (DWORKIN, 2009, p. 269). Portanto, a eventual legalização da eutanásia perpassa pelo desenvolvimento de mecanismos para se aferir a legitimidade do desejo manifestado.

A preocupação com a autonomia também aparece em relação aos pacientes que se encontram em estado de inconsciência. É possível respeitar a sua autonomia refletindo-se sobre qual teria sido a sua decisão nas mesmas circunstâncias, a partir de um testamento vital ou de declarações menos formais, em momentos anteriores à incapacidade. Ainda assim, em ambos os casos não há como saber se poderia haver uma mudança de posicionamento caso o paciente tivesse voltado a refletir sobre a questão. Na ausência de qualquer manifestação explícita de vontade, os parentes passam a ter que conjecturar o que o paciente teria desejado se tivesse pensado no assunto, o que deve ser feito a partir do que se entende ser mais coerente com a personalidade do doente (DWORKIN, 2009, p. 269-271).

A segunda categoria afetada seria a dos interesses fundamentais, sob duas perspectivas. Há aqueles que se opõem à eutanásia por razões paternalistas e, mesmo sabendo ser este o verdadeiro desejo do enfermo, acredita que este constitui um mal e que o sujeito desconhece os seus próprios interesses. Outros preferem continuar vivos pelo maior tempo possível, independentemente das condições em que se encontrem. Não é possível desenvolver um debate público sobre a eutanásia à revelia da compreensão destas atitudes, muitas vezes opostas (DWORKIN, 2009, 271-274).

A terceira noção trabalhada por Dworkin (2009, p. 274-276) é a santidade da vida humana. Mesmo quando o paciente deseja a morte e entende que a decisão condiz com seus interesses fundamentais, seria a eutanásia uma prática condenável? A distinção entre o valor intrínseco da vida e o seu valor pessoal para o paciente explica porque muitas pessoas entendem que a eutanásia é condenável em quaisquer circunstâncias. Aduz-se que a vida deve chegar ao fim naturalmente, jamais por uma deliberação do próprio homem, pois isto representaria uma agressão ao valor cósmico que lhe é inerente. Porém, essa ideia pode ser alvo tanto de uma interpretação religiosa, quanto de uma interpretação secular, de modo que o mesmo discurso poderá se tornar um argumento em favor da eutanásia. Para o autor, “[...] o fato de uma comunidade impor princípios de fé espiritual ou de convicção aos indivíduos é uma forma terrível de tirania, uma destruição da responsabilidade moral” (DWORKIN, 2009, p. 18).

Correntemente, pressupõe-se que não há dano grave em se manter viva uma pessoa que teria preferido morrer. Para Dworkin, a não-legalização da eutanásia é danosa para muitas pessoas, devendo-se buscar uma disciplina jurídica que equilibre os riscos envolvidos:

[...] fazer o melhor possível para traçar e manter uma linha defensiva, reconhecendo o risco de que outros tracem uma linha diferente no 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 (DWORKIN, 2009, p. 279).

Falar-se em morrer com dignidade, mais do que a sensibilização com o sofrimento de pacientes em estado terminal, demonstra o quão é importante que a vida termine apropriadamente, que o momento da morte seja um reflexo de como se desejou ter vivido. Não se pode compreender o que a morte significa para as pessoas aprioristicamente. Enquanto uns preferem morrer do que permanecer em estado de inconsciência ou incompetência, outros preferem se submeter a todo tipo de intervenção médica possível, ainda que tenha de suportar fortes sofrimentos. Por isso, as decisões a respeito de como morrer tendem a ser muito variadas. Para as situações em que um terceiro se vê na posição de ter de escolher o que seria melhor para uma pessoa, Dworkin (2009, p. 281) indica que a preocupação não se limita ao que ocorrerá dali em diante, mas se volta também ao como será a última etapa de toda uma vida, da mesma forma com que se pensa nos efeitos da última cena de uma peça teatral.

Esse ideal de integridade está ligado a convicções subjetivas e também à dignidade: é recorrente a crença de que aqueles que não agem conforme a sua índole, ainda que diversa da adotada por si, não têm respeito suficiente por si mesmos. Reconhecer a importância

independente da integridade permite compreender a formação das convicções sobre o que se entende por vida boa. As concepções das pessoas sobre como viver irão influenciar diretamente nas convicções sobre quando e como morrer. A pluralidade nesse quesito atesta que não é possível que uma decisão coletiva uniforme sirva a todos da mesma maneira (DWORKIN, 2009, p. 290-295). Para Dworkin (2009, p. 301), “[...] o Estado não deve impor uma concepção geral e única à guisa de lei soberana, mas deve, antes, estimular as pessoas a tomar as melhores providências possíveis tendo em vista o seu futuro”. Se essas providências não forem tomadas, o governo deve permitir o façam os parentes ou outras pessoas mais próximas, pois possuem uma melhor percepção dos interesses fundamentais do enfermo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, dentre as possíveis práticas adotadas no contexto de terminalidade da vida, a única que encontra amparo na doutrina e jurisprudência é a ortotanásia. Ainda assim, sua base normativa é frágil, sendo apenas mencionada e regulada em resolução do CFM em âmbito federal. Observe-se, ainda, que a sua admissão no ordenamento jurídico brasileiro sofreu resistências, vide o fato de que a resolução referida foi impugnada pelo MP. A distanásia é considerada prática eticamente inaceitável, havendo posições que a enquadram nos crimes de lesão corporal ou constrangimento ilegal. O suicídio assistido é vedado expressamente pelo CP. A eutanásia, já compreendida enquanto homicídio doloso privilegiado à luz do CP, foi considerada temática destituída de dignidade penal pela Comissão Temporária de Estudo da Reforma do Código Penal (PLS 236/2012), perdendo-se a oportunidade de promoção do debate sobre as questões relacionadas ao fim da vida nas esferas, sobretudo, social e parlamentar.

Essa é uma temática que, aos poucos, está sendo analisada pelo Poder Judiciário. A partir da análise do voto prolatado no TJRS, verificou-se que o relator não cumpriu adequadamente o seu dever de fundamentação, tendo escolhido o desfecho para o caso a partir de suas convicções pessoais. Como se viu, decidiu-se que uma paciente não seria submetida ao tratamento de hemodiálise, com base na declaração de seu filho de que esta seria a sua vontade (contestada pelo neto), pois o magistrado entendeu ser esta uma decisão crível diante dos riscos e desconfortos do tratamento indicado. Para tanto, utilizou-se a dignidade humana como álibi teórico para atestar o respeito à autonomia da pessoa. Nada foi ventilado a respeito de se tratar de uma situação duvidosa, na qual se discutia a vontade de uma pessoa que não se encontrava em condições de se manifestar e nada havia deixado por escrito. Identificou-se,

ainda, a ausência de elementos importantes para a identificação da prática de ortotanásia ou distanásia.

Sugere-se que a doutrina jurídica, ainda incipiente neste âmbito, se debruce sobre a porosidade dos conceitos de eutanásia, ortotanásia, distanásia e suicídio assistido, verificada quando são confrontados com casos concretos. A fragilidade desses conceitos fica patente a partir das considerações de Beauchamp e Childress sobre a insuficiência das distinções entre rejeição e interrupção de tratamento, bem como entre tratamentos comuns e extraordinários, correntemente utilizadas para distinguir as condutas mencionadas. Como distinguir eutanásia passiva e ativa se as fronteiras entre abstenção e interrupção de tratamento são, por vezes, imprecisas? Como diferenciar a ortotanásia da eutanásia passiva se não há limites exatos entre “deixar morrer” e “matar”? Para os autores, a tomada de decisão a respeito da admissão de uma dada conduta em face do fim da vida deve levar em conta a obrigação do médico de realizar o tratamento, considerando-se a vontade do paciente, os seus direitos e bem-estar.

Embora acreditem ser possível que a eutanásia e o suicídio assistido possam ser legalizados de uma forma que seja prevenida a ocorrência de abusos, os autores mencionam que tal pode acarretar uma perda de confiança pública em relação aos profissionais de saúde, na medida em que muitas vezes a proibição exerce um papel simbólico. Neste caso, podem ser delineadas situações excepcionais à proibição. Tradicionalmente, matar é uma conduta considerada moralmente inaceitável, sendo proibida e apenada severamente no Direito brasileiro. Por outro lado, os autores, assim como Dworkin, chamam a atenção para o fato de que poucas vezes é questionado se, negar auxílio a uma pessoa no desencadeamento do seu processo de morte, quando acometida por doença grave, incurável, que a faz passar por sofrimento intenso já não passível de controle pelos recursos da Medicina, representa um dano que lhe coloca em situação de indignidade e desespero.

Viu-se que Dworkin acredita caber à comunidade a tomada de decisão a respeito, conferindo à questão um viés político e jurídico. As reflexões anteriores à tal decisão perpassariam necessariamente três questões: a autonomia, os interesses fundamentais e a santidade da vida. O autor entende ser mais adequada a busca por uma solução que equilibre os riscos que a total proibição ou legalização de condutas em que se provoca a morte ativamente implicam. Não deveria o Estado impor uma solução única, e sim estimular os cidadãos a decidirem da melhor forma. As concepções de vida boa são as mais diversas, mesmo dentro de uma dada comunidade. As convicções que se tem sobre a vida necessariamente irão se refletir nas convicções sobre a morte, pois também a vida segue um ideal de integridade e coerência entre as escolhas e experiências vividas. Assim como o

último ato de uma peça teatral, é importante que o último momento seja reflexo da personalidade daquele que parte.

É preciso incorporar considerações como essas no debate sobre a terminalidade da vida no Brasil. Faz-se necessário (re)pensar essas questões, em face dos avanços da técnica médica nos últimos anos, assim como uma tomada de posicionamento a respeito por parte do Estado, não só em relação à (i)licitude da distanásia, ortotanásia, eutanásia e suicídio assistido, mas se (ou em que medida) as decisões neste âmbito serão deixadas à cargo do exercício da liberdade individual. O intuito desse trabalho é o de problematizar a questão, não se prestando à adoção de um posicionamento definido sobre a (im)possibilidade das práticas abordadas. Contudo, preocupa a circunstância de haver poucos registros de pesquisas que enfrentem a possibilidade da legalização da eutanásia ou suicídio assistido, por exemplo, analisando-se a adequação dessa proposta à realidade jurídica e social brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Antonio Jackson Thomazella de. A ortotanásia e a lacuna legislativa. In: AZEVEDO, Álvaro Villaça; LIGIERA, Wilson Ricardo (Coord.). *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 447-487.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: Principles of Biomedical Ethics. São Paulo: Loyola, 2002.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. 2. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Comissão Temporária de Estudo da Reforma do Código Penal. Minuta do Relatório Final, de 10 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=142748&tp=1>>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. *Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado nº 236 de 2012*. Anteprojeto de Código Penal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/material/detalhes.asp?p_cod_mate=106404>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. _____. *Projeto de Lei do Senado nº 524, de 25 de novembro de 2009*. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=70253&tp=1>>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. _____. *Projeto de Lei do Senado nº 524, de 25 de novembro de 2009*. Tramitação. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=94323&p_sort=DESC&p_sort2=A&p_a=0&cmd=sort>. Acesso em: 28 set. 2015.

COLOMBIA. *Resolución número 1216, de 20 de abril de 2015*. Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Disponível em: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

CONHEÇA as legislações sobre a eutanásia na Europa. *RFI*, 12 de dezembro de 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.rfi.fr/europa/20141212-conheca-legislacoes-sobre-eutanasia-na-europa>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

DISTRITO FEDERAL. Décima quarta Vara Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal e Territórios. Tribunal Regional Federal. Região, 1. Sentença. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Requerente: Ministério Público Federal. Requerido: Conselho Federal de Medicina. Juiz: Roberto Luis Luchi Demo. 1º de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA_01%2012%202010.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GOLDIM, José Roberto. *Caso Terri Schiavo – retirada de tratamento*. [S.l.], 17 ago. 2005. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/terri.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

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

MINAS GERAIS. *Lei nº 16.279, de 20 de julho de 2006*. Dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no Estado. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=16279&comp=&ano=2006>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

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

PARANÁ. *Lei nº 14.254, de 04 de dezembro de 2003*. Prestação de serviço e ações de saúde de qualquer natureza aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências.

Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=735&indice=1&totalRegistros=1>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PERNAMBUCO. *Embargos de Declaração nº 0002293-63.2009.8.17.1590*. Embargante: Estado de Pernambuco. Embargado: Josenildo Barbosa do Nascimento. Relator: Des. Alfredo Sérgio Magalhães Jambo. Recife, 28 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.tjpe.jus.br/consultajurisprudenciaweb/xhtml/consulta/escolhaResultado.xhtml>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

RÊGO, Vital do. Adendo ao parecer, de 2014. Da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, sobre o Projeto de Lei do Senado nº. 236, de 2012, do Senador José Sarney, que institui novo Código Penal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=106404>. Acesso em: 12 ago. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. *Apelação Cível Nº 70054988266*. Apelante: Ministério Público. Apelado: João Carlos Ferreira. Relator: Des. Irineu Mariani. Porto Alegre, 20 de novembro de 2013. Disponível em: <http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70054988266%26num_processo%3D70054988266%26codEmenta%3D5557320+ortotan%C3%A1sia++++&proxystylesheet=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&client=tjrs_index&site=ementario&access=p&oe=UTF-8&numProcesso=70054988266&comarca=Viam%C3%A3o&dtJulg=20/11/2013&relator=Irineu%20Mariani&aiba=juris>. Acesso em: 16 ago. 2015.

_____. Tribunal de Justiça. *Apelação Cível Nº 70042509562*. Apelante: Associação dos Funcionários Públicos do ERGS – AFPERGS. Apelado: Gilberto Oliveira de Freitas; Guilherme da Silva Benites. Relator: Des. Arminio José Abreu Lima da Rosa. Porto Alegre, 01 de junho de 2011. Disponível em: <http://google8.tjrs.jus.br/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26versao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70042509562%26num_processo%3D70042509562%26codEmenta%3D4200429+ortotan%C3%A1sia+inmeta%3ADataJulgamento%3Adaterange%3A1988-01-1..2013-09-12+&site=ementario&client=buscaTJ&access=p&ie=UTF-8&proxystylesheet=buscaTJ&output=xml_no_dtd&oe=UTF-8&numProc=70042509562&comarca=Porto+Alegre&dtJulg=01-06-2011&relator=Arminio%20Abreu+Lima+da+Rosa>. Acesso em: 16 ago. 2015.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

SÃO PAULO. *Lei Estadual nº. 10.241, de 17 de março de 2009*. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=LeisProjetosIntegra&id=7>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Tribunal de Justiça. *Apelação cível nº 0006701-08.2012.8.26.0082*. Apelante: Fazenda do Estado de São Paulo. Apelada: Ivone de Fátima Ribeiro de Souza Santos. Relator: Des. Julio Cesar Spoladore Dominguez. São Paulo, 28 de janeiro de 2015. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/abrirDocumentoEdt.do?origemDocumento=M&nuProcess>>

o=0006701-08.2012.8.26.0082&cdProcesso=RI002HIS20000&cdForo=990&tpOrigem=2&flOrigem=S&nmAlias=SG5SP&cdServico=190201&ticket=FELbROIkBebHKJw6owxcPD bDmGLf%2FMwTyeWqRiDkbRiCy4IUZbNOKN4F0xYudKlvNz28vz2x5FTSRwfWxwK 301dlp92%2BGHI0iHgKWVoS2vkQg%2Fd2Uzp%2BGny%2BKR%2BYOwx5sPNke3nisD %2B0ffAJdvVtLtL%2F62m58A88Da8L7lOeytlq8id4H37OzO6vbhW6pWpucAC0H2Ymbw Fj9XpHWQdt2PswyWgKHgcd07nbC%2BX1w%3D>. Acesso em: 16 ago. 2015.

_____. Tribunal de Justiça. *Apelação cível nº 0003009-12.2010.8.26.0004*. Apelantes: Luiz Baptista de Atouguia e outros. Apelado: Hospital Metropolitano S.A. Relator: Des. Moreira Viegas. São Paulo, 12 de junho de 2013. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/abrirDocumentoEdt.do?origemDocumento=M&nuProcesso=0003009-12.2010.8.26.0004&cdProcesso=RI001R24S0000&cdForo=990&tpOrigem=2&flOrigem=S&nmAlias=SG5SP&cdServico=190201&ticket=FELbROIkBebHKJw6owxcPD bDmGLf%2FMwTyeWqRiDkbRiCy4IUZbNOKN4F0xYudKlvPUziHZxD%2BSyjisGJDw7agX01dlp92%2BGHI0iHgKWVoS2vkQg%2Fd2Uzp%2BGny%2BKR%2BYOwx5sPNke3nisD%2B0ffAJdvVnxBApwbRFzX9LQ1oVDUfxfrnwQwq1SIpRzQcW6Es0fH%2FFVrlglLxupdWyJS3RqcpO%2BZle4uQsbxwu4OEDqD3kg%3D>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

_____. Tribunal de Justiça. *Apelação cível nº 994867013*. Apelantes: Teresinha Aparecida Gonzaga Chong e outros. Apelado: Complexo Hospitalar Paulista LTDA. Relator: Des. Armando Toledo. São Paulo, 18 de março de 2008. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=2600729&cdForo=0>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

TERRI SCHINDLER SCHIAVO FOUNDATION. *Terri's Wish*. Norbeth, PA, [2005?]. Disponível em: <<http://www.terrisfight.org/terri-s-wish/>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

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