



**FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

PEDRO MOURA SENNA QUIREZA

**EUTANÁSIA: UMA ANÁLISE INTERPRETATIVA DO DIREITO
FUNDAMENTAL À VIDA, PARTINDO DO FUNDAMENTO DA
DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS PRINCÍPIOS DA
BIOÉTICA**

Salvador
2022

PEDRO MOURA SENNA QUIREZA

**EUTANÁSIA: UMA ANÁLISE INTERPRETATIVA DO DIREITO
FUNDAMENTAL À VIDA, PARTINDO DO FUNDAMENTO DA
DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS PRINCÍPIOS DA
BIOÉTICA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito
parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Prof. Mayana

Salvador
2022

PEDRO MOURA SENNA QUIREZA

**EUTANÁSIA: UMA ANÁLISE INTERPRETATIVA DO DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA,
PARTINDO DO FUNDAMENTO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS PRINCÍPIOS DA
BIOÉTICA**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____/____/ 2022.

AGRADECIMENTOS

“Prepara-se o cavalo para o dia da batalha, mas do Senhor vem a vitória”.

Primeiramente, agradeço ao Deus Pai, o Todo Poderoso Deus, por ser o fundamento da minha vida, por me amar e me aceitar como o seu filho, por nunca me abandonar, mesmo sendo diariamente falho para com os seus ensinamentos. Agradeço ao meu Deus pelo amparo dado em muitos momentos de dificuldade, me fortalecendo para seguir em frente e quebrar barreiras. Que a minha vida possa ser motivo de glória para o meu Senhor. Amém.

Agradeço a minha mãe, Maria Betânia de Almeida Moura Senna, por ser a pessoa que mais acredita em mim, que mais me apoia e me dá o direcionamento correto para a minha vida. Agradeço por ser um pilar na minha vida, dando-me amor e segurança para as horas difíceis.

Agradeço a minha avó, Diva Moura, por me fazer lembrar diariamente o que é afeto e carinho familiar, por acreditar em mim em todos os momentos e me ver como alguém digno e fiel a Deus, por orar e pedir por mim em todos os instantes, sempre desejando que o grande Deus me proteja e esteja comigo.

Agradeço e dedico esta simples monografia a Diogenes Ferreira de Senna, meu avô, que foi o melhor pai que uma criança poderia ter. Muito obrigado, vô, por ter segurado a minha mão quando eu precisei, por ter acreditado e vibrado comigo, por ter me dado direcionamento e nunca ter me deixado. Agradeço por sua vida e pelos nossos momentos juntos, os quais nunca serão esquecidos.

Agradeço a Arthur Moura, meu irmão, por estar do meu lado todos os dias, por ser mais do que um irmão, um verdadeiro amigo e parceiro de vida. Agradeço por me ouvir nos momentos que precisei, por rir comigo e compartilhar momentos de felicidade comigo.

Agradeço a Saul, Eva e Cindy por fazerem parte da minha vida diária, compartilhando bons e alegres momentos comigo. Agradeço pela união que nós temos enquanto família e enquanto verdadeiros amigos. Que Deus continue sempre nos abençoando e aumentando cada vez mais a nossa amizade e parceria.

Agradeço aos meus tios, Olavo e Silene, por preencherem o meu dia, nunca me deixando esquecer do quão abençoado sou pela família que tenho. Agradeço por todo o carinho que têm por mim, tratando-me como um verdadeiro filho.

Agradeço a meu pai, Miguel Senna, por ter me aceitado enquanto seu filho e nunca ter me deixado de lado. Agradeço, principalmente, pelos momentos em que demos risadas, em que tivemos uma vida de pai e filho. Tenha certeza de que os muitos momentos que passamos serão eternamente lembrados. Hoje, posso afirmar que sou muito abençoado por Deus pela família que Ele me deu.

Agradeço a meu avô Miguel Moura, um dos maiores exemplos de fidelidade a Deus que tenho na minha vida. Agradeço muito a Deus pelo grande avô que ele me deu, o qual nunca deixou de me mostrar o correto caminho. De forma alguma posso deixar de agradecer pelas boas risadas que demos, pelas viagens que fizemos e pelo grande carinho que ele demonstra ter por mim. Obrigado, vovô.

Agradeço a meu amigo-irmão Silvio Fortes, por ser um verdadeiro pilar na minha caminhada, alguém que sempre demonstrou carinho e preocupação pela minha pessoa, que sempre esteve presente na minha vida, compartilhando de todos os tipos de momentos comigo. Obrigado, irmão, você foi muito mais importante do que imagina para que eu chegasse até aqui.

Agradeço aos amigos queridos que fizeram parte da minha jornada na faculdade, em especial a Silvio Forte, Jorge Gabriel, Felipe Caetano, Vitor Senna e Lucas Cidreira. Sem eles, tenho certeza de que essa caminhada não teria sido tão prazerosa. Desejo muitos anos ao lado de vocês, pois as suas vidas foram fundamentais para que a minha pudesse ser preenchida.

Por fim, agradeço a Paula Borja, que segurou a minha mão em muitos momentos de dificuldade, que participou da minha jornada e foi um verdadeiro pilar na minha vida. Que me ouviu quando precisei e esteve para mim em momentos decisivos da minha vida. Agradeço pelos sorrisos e abraços, pelo carinho e amor demonstrado por mim. Agradeço a Deus pela sua vida.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de demonstrar que o Direito está em constante evolução, com preocupação em se adaptar às novas realidades e problemas enfrentados com o passar do tempo. O mundo atual vem demonstrando mudanças paradigmáticas em relação a temas antes nunca aceitos, carecendo de um direito que seja capaz de acompanhar tais mudanças, acompanhando o andar do mundo. O trabalho em questão busca mostrar que o momento pede inovações, até em relação a temas cuja mudança, em tempos passados, era tida como impossível. Fundamentos indisponíveis, como o direito à vida, carecendo de mitigação para que introduzidos temas que se adequem mais ao que se entende hoje por respeito ao ser humano. O trabalho, então, gira ao entorno da demonstração de que a vida, hoje em dia, não pode mais ser vista como bem absoluto, vez que, apesar de haver defesa verbal em função disso, as mudanças legais e de pensamento no Direito brasileiro, bem como no mundo, acabam por demonstrar que essa verdade deixou o seu posto de absoluta, dando espaço a princípios que acabam por legitimar a sua mitigação, como é o caso da dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Eutanásia; direito à vida; dignidade da pessoa humana; bioética; autonomia; aborto; liberdade; evolução.

ABSTRACT

The manuscript has the objective of constant evolution, with problems in which they adapt to new realities and present themselves with problems adapted to the passage of time. The current world has been demonstrating paradigmatic changes in relation to themes that were never accepted before, lacking a right that is able to accompany such changes, following the world's pace. The work seeks to show that the moment calls for innovation, even in relation to themes of change, in past times, it was considered impossible. Fundamentals, such as the rights to life, are lacking so that the themes that are understood today are understood to the human being available. The work, then, revolves around the demonstration that life, nowadays, can no longer be seen as an absolute good, since, despite having a verbal defense due to this, the legal and thought changes in Brazilian law, as well as as in the world, demonstrating that this truth, its post of putting an end to principles, is the absolutist, the space of truth and termination of the human person.

Keywords: Euthanasia; Right to life; dignity of human person; bioethics; autonomy; abortion; freedom; evolution.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	11
3 TÓPICO DE INTRODUÇÃO ÀS BASES	12
3.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS	12
3.2 DIREITOS DA PERSONALIDADE	13
3.3 DIREITOS HUMANOS	14
3.4 ÁREA DE CONVERGÊNCIA	14
4 VIDA	15
4.1 INÍCIO DA VIDA	16
4.2 TÉRMINO DA VIDA	19
4.3 INVIOLABILIDADE DA VIDA	21
4.4 O TEMPO DO ABORTO	22
5 DIGNIDADE HUMANA	24
5.1 O QUE É DIGNIDADE HUMANA	27
6 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA EUTANÁSIA	30
7 BIOÉTICA E PRINCIPALISMO	37
7.1 PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA E NÃO-MALEFICÊNCIA	41
7.2 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA	50
7.3 PRINCÍPIO DA JUSTIÇA	63
8 PONDERAÇÃO E NIVELAMENTO DE PRINCÍPIOS	65
9 TUTELA DA SAÚDE NO BRASIL	68
10 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE	70
11 EUTANÁSIA	74
11.1 INTRODUÇÃO	74
11.2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA O ESTUDO DA MATÉRIA	79
11.2.1 Eutanásia ativa	79
11.2.2 Eutanásia passiva	80
11.3 EUTANÁSIA E CÓDIGO PENAL	82

11.4 TÓPICO DE DESENVOLVIMENTO – A PROBLEMÁTICA DA EUTANÁSIA	85
11.5 EUTANÁSIA SOCIAL	89
12 CASO NANCY CRUZAN	92
13 CASO TERRI SCHIAVO	94
14 CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	99

1 INTRODUÇÃO

O direito à vida sempre foi encarado como o bem jurídico maior a ser encontrado no ordenamento brasileiro. A sua importância levou ao legislador e à doutrina a garantir proteção extrema à existência, impedindo a entrada de meios que a violem no direito pátrio.

A dita garantia pode ser encontrada em algumas das grandes leis brasileiras, dando maiores holofotes ao Código Civil, ao Código Penal e à Constituição Federal, enquanto conjunto de normas basilares para toda a construção legal.

Muito se discute sobre a intangibilidade do direito à existência, dividindo opiniões diversas, porém necessárias ao debate a ser travado. Apesar da apresentação de argumentos variados, pode-se resumir o debate a dois grandes polos: o daqueles que aceitam a mitigação da vida em casos específicos, *versus* os defensores do princípio como algo intocável e absolutamente blindado.

O presente trabalho busca desenvolver uma defesa em função da eutanásia enquanto possível e devida ao cidadão livre e autônomo. A possibilidade de viver conforme os seus próprios anseios é o combustível para a busca pelo entendimento diverso ao então vigente.

Parcela considerável da doutrina entende que a vida não é e não deve ser encarada como algo absoluto, muito por conta das diferentes realidades relatadas e em razão do resguardo à individualidade, pensando-se em uma espécie viva capaz de exercer o seu livre arbítrio.

Tentativas de introdução da boa morte no ordenamento pátrio puderam ser vistas ao longo da história, mas nenhuma grande lei, permissiva ao agir com resultado em morte, conseguiu se fazer válida e eficaz. Todavia, mesmo as tentativas falhas deixaram uma importante mensagem, que pode ser resumido na existência de controvérsia latente envolvendo a temática.

O que se pode dizer, de início, é que a defesa aqui construída buscará justificar o exercício da liberdade, baseado na figura da vida com ausência de dignidade, questionando se a intangibilidade desta ainda pode ser considerada quando não houver mais motivos individuais válidos para se viver.

Ademais, levar-se-á em conta, para quebrar a ideia de vida intocável, fortemente defendida doutrinariamente, a figura do aborto, enquanto positivamente capaz de demonstrar a prevalência de outros valores em casos específicos, envolvendo situações extremas.

Por fim, e mais uma vez, o trabalho, a todo o instante, buscará a defesa da liberdade, da autonomia, do bem-estar individual e da dignidade da pessoa humana, entendida como máxima base para toda a construção do ordenamento, muito por conta do título empregado à Constituição de 1988, amplamente reconhecida como Constituição Cidadã.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

“Tudo gira, assim, em torno do homem e de sua eminente posição no mundo” (COMPARATO, 2019. p. 15).

Deste modo, a partir da citada frase proferida pelo autor Fábio Konder Comparato, dá-se início a presente dissertação, com a finalidade em demonstrar que restou conferido espaço pela ordem brasileira para a introdução da eutanásia em seu corpo jurídico, tomando por base a prevalência, em certas ocasiões, da autonomia e individualidade humana frente às determinações de uma maioria, solidadas no ordenamento legal.

Até que o autor pudesse chegar a tal afirmação, necessitou da análise dos campos da religião, filosofia, ciência, justificando a escolha das suas palavras (COMPARATO, 2019. p. 15).

No campo da religião, trouxe os dizeres bíblicos, retratando a fé monoteísta do povo de Deus, reconhecido, pelo próprio Deus, como criaturas ocupantes de posição eminente na ordem de criação. O texto bíblico presente no livro do Gêneses (Gn. 1:26/27), trata o homem como sendo a imagem e semelhança de Deus, diferindo o ser humano das demais criaturas (COMPARATO, 2019. p. 16-19).

Posteriormente, a sabedoria grega, expressa em forma de poesia e filosofia, apresentou-se como marco de transição da explicação religiosa para a filosófica. Esta, por sua vez, preocupou-se em discutir, de modo geral, a seguinte questão: quem é o homem? Aponta a doutrina que o papel de protagonista do ser humano pode ser percebido, na filosofia, quando a sua singularidade o tornou objeto de reflexão de si mesmo (COMPARATO, 2019. p. 17).

Com a rápida contextualização, protagonizada pela pergunta “que é o homem?”, dá-se o devido início à discussão dos tópicos basilares à construção do trabalho, com a finalidade de solidificar a ideia do ser todo e qualquer ser humano um sujeito moldado em sua própria individualidade, detentor de finalidade única em si mesmo.

3 TÓPICO INTRODUTÓRIO ÀS BASES

3.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS

A introdução dos direitos fundamentais no Brasil possui é iniciada no Império, onde a Constituição de 1824 proclama as máximas fundamentais nos 35 incisos do seu art. 179. A doutrina aponta para o fato de que as positivizações se mostravam semelhantes àquelas vistas nos textos constitucionais estadunidenses e franceses. Todavia, a concretização das positivizações foi comprometida com a criação do Poder Moderador, que conferia ao imperador o poder constitucional ilimitado (DIMOULIS; MARTINS, 2018, p. 37).

Mais adiante, a Constituição Republicana de 1891 retoma, em seu art. 72, composto por trinta e um parágrafos, os fundamentos especificados no diploma anterior. Com ela, importantes tópicos são acrescentados, como o *habeas corpus* e amplas garantias penais, além da extensão das garantias aos estrangeiros residentes no país (DIMOULIS; MARTINS, 2018, p. 37).

Lista semelhante de direitos fundamentais pode ser percebida nas Constituições de 1934, 1937, 1946 e 1967/1969, sendo possível apontar avanços em meio às semelhanças, como é o caso da incorporação de alguns direitos sociais em 1934, referindo-se, em particular, ao direito à subsistência, trazido pelo art. 133, caput (DIMOULIS; MARTINS, 2018, p. 37).

Com a Constituição de 1988, atualmente vigente, houve forte concentração de todo o ordenamento nas bases de direitos fundamentais, não sendo necessária uma sistematicidade relacionada com os princípios e garantias fundamentais, espalhados por todo o texto legal (DIMOULIS; MARTINS, 2018, p. 38).

Direitos fundamentais são direitos público-subjetivos de pessoas, físicas ou jurídicas, cujo caráter está expresso em dispositivo constitucional. Por isso, gozam de caráter normativo supremo dentro do Estado (DIMOULIS; MARTINS, 2018, p. 37).

O diploma pátrio maior dedicou o seu Título II aos direitos e garantias fundamentais. Pode-se, a partir disto, e de logo, definir direitos fundamentais como aqueles positivados numa constituição de um determinado Estado. Por este motivo, o termo recebe forte apreço quando se trata da proteção a ser dada à pessoa no campo do

poder público, levando, assim, em consideração a atuação do poder estatal (SCHREIBER, 2013, p. 13).

Ocorre que a questão, na visão de Robert Alexy, é entendida como passível de ir além das formulações concretas, podendo atingir o plano do abstrato. Os fundamentos podem ser abstratos quando formulados abstratamente, indagando-se por meio de critérios que a possibilitem ser identificada como sendo uma norma de direito fundamental. Já a concretude, como dita anteriormente, está ligada e pode ser identificada através da inserção em um ordenamento, com apontamento em sendo norma de direito fundamental (ALEXY, 2006, p. 65).

O primeiro passo para que não haja incorreto uso do termo é saber delimitar quais são os direitos abarcados. Mesmo que a delimitação pareça meramente teórica, há que ser enxergada de maneira mais abrangente, identificando o cunho prático por trás de toda uma gama de máximas a serem estudadas (MARMELSTEIN, 2011, p. 16-17).

3.2 DIREITOS DA PERSONALIDADE

Em temática envolvendo a pessoa humana, não se pode deixar de lado a análise, mesmo que sucinta, dos direitos da personalidade. Isso se dá pela consideração como atributos essenciais da pessoa humana, com reconhecimento decorrente de legítimas conquistas históricas (SCHREIBER, 2013, p. 13).

Trazendo para o Brasil, o Código Civil de 2002 é reconhecido pela reserva de um capítulo para que se fale dos Direitos da Personalidade. O termo direitos da personalidade possui espaço no ramo privado, ao tratar dos atributos humanos envolvidos no campo de proteção das relações privadas, ou seja, interação particular-particular (SCHREIBER, 2013, p. 13).

3.3 DIREITOS HUMANOS

Em se tratando dos direitos humanos, não é devida a exposição do tema sem que citada a Declaração das Nações Unidas, de 1948, responsável pelo emprego do termo Direitos Humanos (SCHREIBER, 2013, p. 13).

Como visto através do diploma citado, o termo “direitos humanos” é de maior uso no âmbito internacional, independentemente da maneira como cada Estado regula a matéria (SCHREIBER, 2013, p. 13).

3.4 ÁREA DE CONVERGÊNCIA

O que aproxima cada um desses tópicos, gerando confusão quando da análise e separação dos assuntos, é o valor idêntico a ser tutelado: a dignidade humana (SCHREIBER, 2013, p. 13).

No plano internacional, para que se faça valer os valores defendidos, é necessário que haja um consenso entre diferentes culturas, em razão da muito possível variação dos direitos de cada Estado (SCHREIBER, 2013, p. 13).

No plano interno, a separação entre os títulos é ainda mais difícil de ser vista, ainda mais com o passar dos anos, entendendo a ciência jurídica por um abismo cada vez menor entre o direito público e o direito privado na busca pela falada unidade constitucional (SCHREIBER, 2013, p. 13).

Com fruto da convergência interna, nota-se a presença de poderosa gama dos direitos da personalidade, mencionados pelo Código Civil brasileiro, no art. 5º do texto constitucional. Como será trazido mais adiante, os direitos personalíssimos, mesmo que de maneira não expressa, possuem referência enquanto consectários da dignidade humana, talvez encarada como máxima basilar e norteadora do universo jurídico do Brasil (SCHREIBER, 2013, p. 14).

4 VIDA

A vida alcança lugar prioritário sobre todas as coisas, uma vez que é a base para toda a dinâmica do mundo, retirando sentido total das coisas em sua ausência (DINIZ, 2017, p. 51). Há doutrina que entenda ser o direito à vida aquele que implica na continuidade em vida, acrescida do gozo a uma vida digna (LENZA, 2016, p. 1168-1169).

O direito à vida é fonte primária para todos os demais bens jurídicos, existindo o art. 5º da Constituição Federal brasileira como garantia da sua inviolabilidade (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 1). O diploma introduz a ideia de igualdade, incluindo a vida enquanto ponto a ser garantido a todos, como consequência da busca pelo ideal definido. Todos são iguais perante a lei, inclusive os estrangeiros residentes no país, recebendo a garantia da inviolabilidade da vida (RAMOS, 2017, p. 557).

O art. 5º, *caput*, dispõe sobre a garantia da vida enquanto bem inviolável, considerando-a como estado de encontro dos seres animados. O direito engloba faces diversas, cuidando da pessoa desde o nascimento, sendo este um direito, passando pela permanência em vida e a defesa desta (RAMOS, 2017, p. 558).

Duas importantes faces de introdução à vida são as faces vertical e horizontal. A primeira se incumbe de discutir a proteção da existência nas diferentes fases do desenvolvimento, enquanto a segunda englobaria a ideia de qualidade da vida fruída, resultando nas discussões acerca da proteção da saúde e da dignidade enquanto garantias para o gozo pleno (RAMOS, 2017, p. 558).

A ideia de inviolabilidade envolve o respeito a três deveres base: (i) a não violação da vida de outrem pelos agentes estatais; (ii) o dever de proteção; (iii) a obrigação de tutela estatal da vida digna (RAMOS, 2017, p. 558).

Percebe-se que as bases para um direito inviolável não excluem a discussão referente a morte provocada e autorizada pela livre e perfeita manifestação de vontade. O que se vê é a preocupação pela garantia de uma vida a ser vivida de maneira digna, a partir do que se entende individualmente por digno. A partir disso, ninguém pode ser obrigado a enxergar a própria existência de acordo com um coletivo, não sendo

legítima e aceitável a ideia da obrigatoriedade da eliminação de pessoa em situação indigna aos olhos de uma maioria (RAMOS, 2017, p. 558).

Mesmo assim, há quem diga que não há discussão quando a vida se encontra em um dos polos do debate, em que, havendo conflito entre direitos, indicará o princípio do primado do mais relevante. Deste modo, por exemplo, caso causar lesões corporais a outrem fosse o meio de preservar a própria vida, o ato atentatório à estrutura física não constituiria ilícito, nem responsabilidade penal médica, em caso da necessidade não ser de proteção da própria vida, mas a de outrem sob a responsabilidade de profissional da medicina (DINIZ, 2017, p. 52).

Sendo assim, em uma visão inicial, depara-se com o embate entre a garantia vida e quaisquer procedimentos artificiais de interrupção do seu processo natural. Levando em consideração apenas tal base pensante, não haveria qualquer possibilidade de discutir temas mitigadores da existência individual humana, como a eutanásia (JÚNIOR, 2018, p. 605).

A exposição anterior leva ao pensamento acerca de a vida discutida não apenas englobar a ideia de vida em sentido biológico, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. A ideia de vida incluiria temática de extrema dinâmica, caracterizada por um processo mutável, porém preservador da identidade (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 1).

Para parcela de relevante saber jurídico, falar em garantia legal à vida não é cabível sem que acompanhada da capacidade de defender a própria existência, assim como o próprio existir dignamente, de modo a preservar os atributos físico e psíquicos, espirituais e morais, que podem ser encarados por determinado sujeito como indispensáveis (JÚNIOR, 2018, p. 605).

4.1 INÍCIO DA VIDA

O início da vida não possui definição constitucional, mas não impede que a menção à vida inclua a figura da proteção aos que não nasceram, uma vez que são considerados vida (RAMOS, 2017, p. 558). Apesar disso, a doutrina dominante considera nascido com vida o feto capaz de respirar com os próprios pulmões, mesmo que não cortado

o cordão umbilical, ou seja, “se respirou, viveu” (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 33).

A Convenção Americana de Direitos Humanos se importa com a definição do momento exato, considerado vida desde o momento da concepção, com dívida de respeito e proteção (RAMOS, 2017, p. 558).

Deste modo, a Constituição e os tratados exigem a proteção de todos os tipos de vida humana, incluindo os embriões ainda não implantados no útero e a vida intrauterina (RAMOS, 2017, p. 559).

A Convenção Americana de Direitos Humanos estabelece como regra a proteção desde a concepção, mas permite q a lei nacional trabalhe com base na proporcionalidade em caso de quebra do preceito máximo, verificando se há equilíbrio entre o custo da quebra e o benefício dos valores fundamentais em colisão, momentaneamente protegidos. Assim, abre-se espaço para o exercício da lei, através da ponderação de valores, podendo outros bens entrarem em conflito com o direito à vida, levando a permissões como, por exemplo, do aborto em hipóteses específicas, elencadas pelo Código Penal brasileiro (RAMOS, 2017, p. 559).

Aqui, pego o gancho deixado para fazer o necessário questionamento: se a vida humana é bem indisponível, como acatar o aborto, em que a vítima é incapaz de se defender, sendo impossibilitado de clamar por seus direitos?

O aborto é tema de ampla discussão, havendo quem o defenda como prática de liberdade ou como crime contra a vida, tendo em vista resultar na interrupção da gravidez antes do seu término normal de maneira espontânea ou voluntária. O que se tira do debate é mais uma vez a ideia de início da vida, a fim de defender qualquer dos lados da discussão (RAMOS, 2017, p. 559).

Para isso, utilizam-se de correntes a respeito do início da proteção jurídica do direito à vida, sendo elas: (i) desde a concepção; (ii) desde a nidação, com ligação do feto à parede do útero; (iii) desde a formação das características individuais do feto, em especial o tubo neural; (iv) desde a viabilidade da vida extrauterina; (v) desde o nascimento (RAMOS, 2017, p. 559).

Respostas são procuradas dentro do próprio direito, encontrando o Código Civil como defensor dos direitos do nascituro, no art. 2º, aduzindo proteger os seus direitos desde

a concepção. Ao nascituro, por exemplo, é garantida a possibilidade de receber doações, de constar em testamento e de ser adotado (RAMOS, 2017, p. 559).

Cabe expor que a lei civil estabelece a atribuição de personalidade jurídica, para todos os fins de direito, a partir do nascimento com vida, com consequente extinção no momento da morte, independentemente da causa ou do modo do ocorrido (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 32).

A busca não para no campo cível, encontrando mais guarida no campo penal, que aceita como momento de início da proteção penal a nidação, passando o aborto a ser redigido a partir desta, pelos arts. 124 a 127 do Código Penal. Porém, em consonância com a Convenção Americana, enquanto permissiva da ponderação de princípios dentro do universo jurídicos das nações, o aborto encontra permissões expressas pela própria lei penal, no sentido de ter como lícito o aborto praticado por médico para salvar a vida da gestante, como também nos casos de gravidez resultante de estupro. Também, em momento posterior, houve introdução ao sistema brasileiro da despenalização da antecipação terapêutica do parto em casos de gravidez de feto anencéfalo, a partir de diagnóstico médico, não precisando da permissão do Estado. Os três casos são demonstrativos da “vitória jurídica” de algumas máximas, devidamente e proporcionalmente ponderadas, quando em enfrentamento ao direito à vida. Constituem provas reais de um direito rígido, porém com traços de flexibilidade (RAMOS, 2017, p. 559-560).

Ocorre que o tema encontra base em complexa análise, prosseguida de enfrentamento, envolvendo a questão da dignidade e livre decisão da mulher, do homem e do casal (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 34).

Voltando ao recorte principal, fala-se em autonomia absolutamente influente no surgimento da vida, mas não se admite no Brasil o exercício pleno da autonomia para que se decida sobre a morte de outrem, sendo o seu exercício rejeitado e tido como ilícito, na maioria absoluta dos casos (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 34).

Ainda, para fins de discussão, considerar-se-á o feto ser com individualidade própria, diferenciando-se de sua genitora desde a concepção. Assim, pode-se, no momento, considerar vida humana com começo a partir da concepção (DINIZ, 2017, p. 53).

A doutrina considera o direito à vida iniciado com o primeiro “germe de vida” depositado no seio da mãe, corroborando com a ciência ao tratar que o homem é um homem assim que concebido (DINIZ, 2017, p. 54).

O fato da concepção torna ainda mais interessante a existência de aborto legítimo no ordenamento pátrio, para fins de discussão acerca do direito à vida enquanto maior do que qualquer direito, inclusive o da mulher ao seu corpo, tendo em vista, também, o feto não fazer parte dele. Vê-se que, em alguns casos, a gama majoritária dos idealizadores do direito discordam do argumento em favor da mulher enquanto não detentora de escolha própria (DINIZ, 2017, p. 54-55).

4.2 TÉRMINO DA VIDA

Ao longo da histórica humana, observou-se que a morte nunca foi um acontecimento puramente físico, sendo criadas teorias diversas para que determinado o seu real momento (DRANE; PESSINI, 2005, p. 142).

À título de exemplo, diferindo do que é encontrado hoje para que se estude o assunto, é possível abordar o modo de determinação dado pela sociedade grega em tempos passados. Os gregos sugeriam o uso de drogas ou bebidas para facilitar o momento final da vida, ou mesmo para provocar, diretamente, a morte. O termo grego *pharmakon* tem em sua origem o significado de “veneno”, sendo os curandeiros gregos conhecidos pela sua utilização, em detrimento de qualquer remédio curativo à disposição. O termo eutanásia ainda não era associado à prática primitiva, mas o ato a que este termo é dirigido é de existência antiga, com frequente prática.

É possível aduzir, de início, que a prática está muito ligada à cultura, assim como a sua aceitação. Os venenos não eram utilizados por pessoa qualquer da sociedade, mas por autoridades detentoras de poderes religiosos e médica, além *status* político.

Assim como o início da vida, o seu término não possui previsão constitucional, contando com previsões infraconstitucionais, a citar o Código Civil, mais uma vez, estabelecendo que o término da existência da pessoa se dá com a morte (art. 6º do Código Civil) (RAMOS, 2017, p. 561).

Em um primeiro momento, a lógica da lei civil demonstra obviedade, porém a vida poderia receber outras definições de término, como é o caso da perda das funções básicas do corpo (movimento, captação de oxigênio e capacidade de se alimentar) (RAMOS, 2017, p. 561).

Em complemento ao art. 6º do CC, a Lei n. 9.434/97 (Lei dos Transplantes) definiu mais o momento exato, apresentando como critério para o final da vida a morte encefálica, atestando o término das funções vitais (RAMOS, 2017, p. 561).

A defesa do Estado a vida, enquanto detentor do papel de garantidor, levou ao combate a eutanásia, implicando em uma negativa ao direito à morte personalíssima. Ainda assim, há exemplos que demonstram a não existência de um consenso acerca do tema entre Estados constitucionalistas, com demonstrações de descriminalização da eutanásia na Holanda e Bélgica (RAMOS, 2017, p. 561).

Para o presente trabalho, a discussão envolvendo o tema morte interessa quando se fala em um dos meios de antecipação do término da vida, a eutanásia. Resume-se ao ato de abreviação da vida de doente terminal, com objetivo único de acabar com forte agonia e sofrimento prolongados.

A temática acima leva a fortes discussões acerca da possibilidade legítima de aceitar que pessoa em estado grave, que entenda o momento como indigno, opte por acelerar o processo vindouro, morte, através de meios artificiais e com o auxílio de profissional capaz. Apesar dos existentes e antigos debates, a prática, no Brasil, consiste em crime de homicídio piedoso, previsto no art. 121, § 1º, do Código Penal.

Pode-se ver que até a morte está passível de graduação, considerando a retirada “doce” da vida como ato de piedade, enquadrando a prática no tipo penal de homicídio privilegiado em razão do relevante valor moral presente.

Mesmo assim, continua-se com o posicionamento da não existência de requisitos para a caracterização da morte, cabendo à medicina legal, enquanto detentora dos profissionais capazes para debater a questão, esclarecer todos os aspectos (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 32-33).

4.3 INVIOLABILIDADE DA VIDA

Há quem diga que o direito à vida condiciona os demais direitos da personalidade, ideia que, ao longo do trabalho, será tida como controversa, em vista da defesa da dignidade humana como direito base do ordenamento pátrio (DINIZ, 2017, p. 46).

A inviolabilidade da vida é garantia prevista pelo art. 5º da Constituição Federal de 1988, onde há a tutela do direito como bem jurídico fundamental básico, adquirido desde a concepção, momento cientificamente comprovado como marco para a formação da pessoa (DINIZ, 2017, p. 46).

A ideia que se cria a partir da disposição legal é da vida humana como bem a ser protegido contra tudo e contra todos, tendo em vista o seu caráter personalíssimo, decorrendo a sua tutela de um dever absoluto oponível contra todos (*erga omnes*), não sendo lícito a ninguém a desobediência ao preceito (DINIZ, 2017, p. 46-47).

Maria Helena Diniz considera que mesmo que não houvesse máxima positivada em fundação da proteção e inviolabilidade da vida, o direito natural legitimaria, de igual modo, a imposição *erga omnes* fruto da consciência coletiva da humanidade civilizada (DINIZ, 2017, p. 47).

Há amparo jurídico à vida humana desde o momento da fecundação natural ou artificial do óvulo pelo espermatozoide, com permanência por toda a vida da pessoa, até o seu óbito, abrangendo o direito de nascer, o de continuar vivo e o de subsistência, sem distinção de idade ou condição de saúde, quer esteja a pessoa em coma ou em estado de manutenção por meio de processo mecânico (DINIZ, 2017, p. 47).

A defesa da inviolabilidade da vida parte da consideração do direito ao respeito da vida como não sendo um direito à vida, não figurando como uma concessão jurídico-estatal, nem tampouco um direito de uma pessoa sobre si mesma. Por esta corrente ideológica, não existe a menor possibilidade de admissão lícita de ato que ceife a vida humana, mesmo sob o consenso de seu titular, sob a referida ideia de pessoa não detentora de direito de escolha acerca da própria existência (DINIZ, 2017, p. 47).

De logo, questiona-se a tratada questão a partir da seguinte pergunta: caberia o entendimento na atual fase do direito brasileiro, estando presentes positavações que

violam a vida em detrimento de outras garantias, como é o caso dos três tipos permitidos de aborto?

Continuando com a linha exposta, Savigny corrobora com a ideia da não existência de direito sobre si próprio, descartando a vida como domínio da vontade livre, exigindo respeito por parte do titular, como também um comportamento negativo dos demais (DINIZ, 2017, p. 47-48).

Por esta análise do art. 5º da Constituição Federal jamais seria possível legitimar qualquer conduta capaz de pôr em risco a vida humana, enquanto valor intangível e absoluto. Como fruto da inviolabilidade do direito à vida e à saúde, em hipótese alguma poderia o aborto ser admitido. Ocorre que a verificação da Lei brasileira nos leva a entendimento diverso do apresentado neste subtópico, tendo em vista positivamente que apontam a quebra, quando necessária, do preceito exposto. O grande desafio que se vê é o de manter o respeito à dignidade, sem que a vida seja reduzida a mero objeto nas mãos das pessoas e de terceiros (DINIZ, 2017, p. 49).

4.4 O TEMPO DO ABORTO

Toda norma jurídica é fortemente munida de algum elemento histórico, obrigado a aplicação precedida de interpretação. Afirma-se que a norma é o sentido jurídico que se atribui a um fato ou, em outras palavras, toda norma deve ser interpretada, vez que é preciso determinar o sentido do enunciado normativo (KELSEN, 2011, p. 41).

Para que se fale de aborto, retornar ao conceito de vida e de pessoa humana é de grande importância. A vida humana é tida como a indicação da vida de um organismo pertencente à espécie *homo sapiens*, ou seja, apenas a vida do corpo prescindindo a alma (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 34).

O direito brasileiro expressa a sua preferência pela expressão *pessoa natural*, encarada como reveladora da capacidade jurídica de conhecimento dos seres humanos de maneira individual e coletiva, exprimindo a completude de prerequisites para a aquisição de direitos e assunção de obrigações (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 34-35).

A proteção à vida não se limita ao ser humano formado, sendo de grande aceitação, em âmbito mundial, o entendimento no sentido de ter a vida do nascituro importância e carência de proteção, embora não alcance a mesma intensidade que a tutela do direito à vida das pessoas humanas já nascidas (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 34).

Foi reforçada a ideia de início da vida para que, baseado em tudo quanto foi falado, entrar na questão brasileira do aborto.

O termo aborto tem origem no termo em latim *abortus*, significando privação de nascimento (*ab* de privação e *ortus* significando nascimento). A corrente ideológica clássica, advinda da relação entre a filosofia, a medicina e a religião cristã, interpreta o ato como sendo a expulsão ou extração de, no mínimo, parte da placenta ou das membranas, sem que haja presença de feto identificável ou de recém-nascido, vivo ou morto, cujo peso não exceda as quinhentas gramas (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 105).

Do ponto de vista médico, o aborto seria tido como a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, ou a interrupção em casos em que o feto possua tamanho não maior que 16,5 centímetros. A conceituação baseia-se na viabilidade fetal extrauterina, tendo grande aceitação na literatura médica. Consistiria na expulsão ou extração de toda e qualquer parte da placenta ou das membranas, havendo feto identificável (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 106).

Quando se parte para a perspectiva jurídica, a conceituação do aborto vai no sentido da interrupção da gravidez objetivando a morte do conceito, não se fazendo alusão à identidade gestacional. Apesar disto, grande parte das legislações mundiais apontam o período de 12 semanas (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 106).

Na parte moral, exige-se que o ato de eliminação do feto esteja acompanhado de humanidade e voluntariedade do ato. Adentrando no campo bioético, o aborto é tratado de diferente modo, falando-se em interrupção espontânea antes da viabilidade, levando em conta o período de 25 a 26 semanas de gestação. Posterior a esta época, a questão passa a ser tratada como precoce (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 108).

No caso do aborto induzido, a bioética deixa de encarar a viabilidade como sendo o ponto fundamental, levando em conta, então, a presença ou não de técnicas médicas ou cirúrgicas no processo (BARCHIFONTAINE, 2004, p. 108).

5 DIGNIDADE HUMANA

É preciso que se fale sobre dignidade.

A dignidade humana é um dos fundamentos base do Brasil, enquanto estado democrático de direito, sendo trazida pelo art. 1º, inc. III, da Constituição Federal de 1988 (RAMOS, 2017, p. 76).

Acerca do tema, Anderson Shreiber entende que o Brasil adota a dignidade humana como o princípio fundamental de referência para os demais princípios do ordenamento, norteando todas as regras jurídicas (SCHREIBER, 2013, p. 6).

O grande princípio assume papel de valor-guia para o processo de elaboração e entendimento dos variados setores do direito, afastando todo o sistema dos ideais de liberalismo e materialismo, pensando em uma abordagem mais humanista e solidária (SCHREIBER, 2013, p. 6).

A questão é de tamanha importância a ponto de a Carta Magna reservar mais de um espaço para que se solidifique a dignidade pessoal, trazendo em seu corpo o art. 170 para tratar da busca econômica de dignidade a todos (RAMOS, 2017, p. 76).

A lei máxima brasileira não sessa a defesa pelo viver digno nos dois componentes legais acima expostos, possuindo textos voltados à defesa das crianças (art. 227) e dos idosos (art. 230), assegurando-lhes a dignidade e o bem-estar (RAMOS, 2017, p. 76).

A importância do tema é tamanha a ponto de merecer proteção internacional. Neste âmbito, a Declaração Universal de Direitos Humanos, de maneira a demonstrar o peso existente na garantia desse direito, estabeleceu a necessidade da proteção da dignidade humana no seu preâmbulo. A garantia é vislumbrada no art. 1º da Declaração, estabelecendo liberdade e igualdade em dignidade e direitos para todos os seres humanos (RAMOS, 2017, p. 76).

O Direito Internacional encara a dignidade como base para as suas positvações e, conseqüentemente, para o seu agir. A Convenção Americana exige o respeito à dignidade em seu art. 5º, enquanto a Corte Europeia de Direitos Humanos interpreta a Convenção continental no sentido de ter a dignidade e a liberdade como essência dos escritos. A Europa ainda expressou a defesa da máxima no art. 1º da Carta de

Direitos Fundamentais da União Europeia de 2000, determinando a inviolabilidade da dignidade do ser humano. O termo utilizado na Carta é poderoso demonstrativo da importância dada ao preceito fundamental, trazendo a palavra “inviolável” para se referir à dignidade humana (RAMOS, 2017, p. 77).

Saindo um pouco da questão legal, São Tomás de Aquino aponta que a raiz da palavra “dignidade” é o termo *dignus*, terminologia relacionada às ideias de honra ou importância, reconhecendo-a como qualidade inerente a todos os seres humanos. Para ele, fala-se em dignidade humano a partir do pensamento de cada ser humano como indivíduo possuidor de finalidade em si mesmo, diferente dos demais seres e objetos, possuindo autonomia para definir o seu comportamento a partir do seu livre arbítrio. A consideração do ser humano de São Tomás é capaz de trazer a diferenciação do ser humano dos demais seres animados e inanimados, onde esse não se torna um meio ou instrumento para o alcançar de um fim, não sendo precificado em momento algum (RAMOS, 2017, p. 77).

Ademais, mais importante do que verificar a existência de lei a versar sobre a dignidade é entender o papel desta para com todo um sistema. A filosofia encara a dignidade como pertencente a uma espécie detentora de qualidade própria, merecedora de uma estima única e diferenciada (volta-se ao termo *dignus*, de uso de São Tomás). Assim, a dignidade não pode ser encarada como um simples aspecto da condição humana, mas sim como uma qualidade advindo do fato de humano ser, um verdadeiro valor capaz de definir o que é um ser humano, diferenciando-o das demais espécies (SCHREIBER, 2013, p. 8).

O pensamento do homem enquanto ser com fim em si mesmo surge da ideia de ser humano enquanto imagem e semelhança do próprio Deus, intelectualmente capaz de buscar as suas próprias ambições e trilhar os seus próprios caminhos, em busca do viver digno e desejado (RAMOS, 2017, p. 77).

Kant compartilha do pensamento Aquiniano ao considerar o ser humano como não substituível ou precificável. Kant entende que as figuras são separadas por aquelas que possuem um preço e aquelas que possuem dignidade, falando em preço – valor material – como sinônimo de coisa substituível. Por outro lado, considera que o ser digno é aquele que não admite equivalente, em razão da própria dignidade. Assim, as coisas possuem um preço, mas os seres humanos possuem dignidade, em razão de serem únicos (RAMOS, 2017, p. 77).

A ideia de cada indivíduo enquanto ser com fim em si mesmo volta aos holofotes quando se fala em dignidade aos olhos de Kant, baseado na ideia do arbítrio como parte inerente à pessoa física. A unicidade do ser, detentor de seu próprio “universo”, leva o filósofo a entender o humano como possuidor de direitos a serem respeitados, mas também da reciprocidade na forma de respeito ao próximo. Busca-se igualdade a partir da liberdade (RAMOS, 2017, p. 77).

Fato é que a dignidade serve de base para que outros direitos possam florescer, a partir da confecção de axiologia jurídica ao sistema que a tenha como fundamento (RAMOS, 2017, p. 77).

A dignidade humana se diferente de outros fundamentos, como liberdade e igualdade, por não se tratar de aspecto particular da existência, mas sim de requisito para a existência, uma verdadeira qualidade inerente a todo ser humano, capaz de trazer identidade a um ser enquanto humano (RAMOS, 2017, p. 77).

Consonante à questão anteriormente trazida, o direito pátrio, de forma confirmativa, traz o princípio como geral ou fundamental, mas não como direito autônomo. A configuração como direito não autônomo advém da sua categorização com base de todos os direitos humanos, fazendo parte da origem das máximas, conferindo-lhes conteúdo ético (RAMOS, 2017, p. 78).

Falando em dignidade humana como limite da atuação do Estado, na chamada eficácia negativa da dignidade humana, como também como fundamento para o juízo de ponderação, mesmo que em detrimento da segurança jurídica (RAMOS, 2017, p. 78-79).

O Supremo Tribunal Federal, por exemplo, entendeu, partindo do prisma da ponderação jurídica, que a dignidade não poderia ser infringida na discussão envolvendo o direito de obtenção de informação genética. Houve prevalência da máxima em detrimento da segurança jurídica propriamente dita, havendo-se pensado em no subprincípio da dignidade, a igualdade jurídica (RAMOS, 2017, p. 80).

5.1 O QUE É DIGNIDADE HUMANA?

Em uma primeira definição, a dignidade pode ser encarada com qualidade base do ser humano, com marco de aquisição anterior ao nascimento, capaz de gerar a distinção entre seres humanos (ideia de unicidade), protegendo cada ser único contra tratamentos degradantes e atos discriminatórios de ódio. Ademais, não só serviria como garantidora de bem-estar imaterial e respeito, como também de materialidades necessárias à mínima existência e sobrevivência (RAMOS, 2017, p. 77).

Como já dito, é atributo inerente a todos os seres humanos, independente de qualquer que seja a sua condição em vida, bastando havendo a condição humana (RAMOS, 2017, p. 77).

Para a primeira fonte doutrinária, a dignidade é caracterizada por dois elementos, sendo um positivo e o outro negativo. Começando pela faceta negativa, a máxima exhibe uma proibição quanto ao tratamento ofensivo, degradante ou discriminatório, acompanhado de conduta de ódio, a um ser. Com base no primeiro dos elementos que a Constituição Federal introduziu, por exemplo, o art. 5º, incisos III e XLI, afastando qualquer tipo de ato desumano e degradante, assim como ato de tortura, bem como a punição a qualquer modo de discriminação diretamente relacionada aos direitos e liberdades fundamentais (RAMOS, 2017, p. 78).

Por outro lado, porém atuando de maneira conjunta, o elemento positivo consiste na defesa de concessões mínimas, a serem identificadas a partir de condições materiais mínimas de sobrevivência. O art. 170, *caput*, da Carta Magna estabelece que a ordem econômica tem como finalidade assegurar a todos a existência digna, de maneira a expor a existência do elemento positivo como garantia da dignidade (RAMOS, 2017, p. 78).

A partir da ideia positiva da dignidade que se pensa em dignidade humana como sendo composta por elementos garantidores de um mínimo existencial. Falar-se-ia em um conjunto de prestações capazes de tornar um indivíduo digno ou, em não estando presentes, indigno (RAMOS, 2017, p. 78).

Os elementos – concretizados através das prestações – podem ser identificados nas garantias constitucional advindas da ideia de democracia, garantido resguardo à dignidade individual. São considerados os direitos à educação básica, saúde,

assistência social e acesso à justiça (prestação jurídica gratuita e integral) (RAMOS, 2017, p. 78).

A saúde entra em cena como grande questão a ser referenciada, tendo em vista a direta ligação com o tema eutanásia. A partir da garantia de saúde enquanto legitimadora da dignidade humana é possível pensar que a recíproca é verdadeira, como anteriormente falado, passando a enxergar a situação individual de pessoa sem saúde como passível de consideração em favor da ausência de dignidade. A partir disto, a vida poderia ser repensada, vez que a garantia da vida inclui o viver digno.

Essa primeira construção de dignidade da pessoa humana pode ser vislumbrada a partir de quatro grandes subprincípios da dignidade, ganhando grande destaque, mais uma vez, a ideia de preservação da integridade física e psíquica, com os acréscimos da liberdade, igualdade e solidariedade (RAMOS, 2017, p. 78).

A ideia de unicidade do ser humano é um dos grandes preceitos que envolvem o tão importante fundamento, pensando-se que o ser humano é único e especial, detentor de autonomia que o permita decidir individualmente e ter as suas decisões respeitadas (RAMOS, 2017, p. 78).

Ocorre que mesmo a autonomia possui limites, baseados na ideia de dignidade como geradora de um chamado valor comunitário. O Estado é o ente capaz e responsável por interferir na autonomia para a própria preservação desta e garantia do gozo pleno para todos aqueles que estiverem sob a sua proteção/supervisão (RAMOS, 2017, p. 78-79).

Uma segunda corrente doutrinária, em mesmo sentido, entende que a dignidade é ponto de partida para todo o ordenamento pátrio, entendendo-a como sinal norteador das criações legais, bem como das interpretações dadas a estas (SCHREIBER, 2013, p. 8).

Entende-se a compreensão do princípio como algo que vai além da sua própria conceituação, pensando na máxima como munida do intento de proteger a condição humana (figura do ser único com finalidade em si) em todos os aspectos, sejam eles físicos ou psíquicos, bem como em suas manifestações, evitando que o ser humana seja reduzido a objeto-meio, e não como fim para a sua própria vida (SCHREIBER, 2013, p. 8).

A corrente trata que é contrário à dignidade todo o pensamento que leve à redução da pessoa à condição de objeto. Pensa-se no famoso caso televisivo do lançamento de anão, comparando-o a um saco de cimento para se criar um momento lúdico e cômico (SCHREIBER, 2013, p. 8).

Fazendo um pequeno corte no desenvolvimento direto do tema dignidade da pessoa humana, pensando em tudo o quanto foi dito até o presente momento, o arremesso de anão, a meu ver, é algo absolutamente lícito com base no princípio base. Pensa-se no anão como sendo diminuído à figura de um objeto, mas a real pergunta a se fazer é se ele enxerga a sua própria pessoa como um meio para o alcançar do fim alheio, ou como sujeito detentor da plena capacidade de decidir, com base em seus anseios e princípios. O respeito à dignidade inclui a concessão do direito ao livre arbítrio, devendo, obrigatoriamente, haver a ponderação casuística para que se possa definir a (i)licitude de determinado ato.

O breve corte feito no tópico objetiva, em verdade, demonstrar que mesmo em um direito positivo, há de se fazer presente o “jogo de cintura jurídico”, caracterizado pela análise casuística dos fatos, separando as diferentes situações em busca do cumprimento do que se tem como meta para o direito, que é a tutela da sociedade e do particular de modo a garantir o mais próximo possível da perfeita justiça humana.

Resume-se o parágrafo acima no pensamento no sentido de o princípio nunca poder ser encarado como um conceito de aplicação matemática, existindo variações a serem percebidas e consideradas a partir de diferenciações humanas, ligadas às diversidades culturais e históricas, bem como com as percepções de vida de cada indivíduo (SCHREIBER, 2013, p. 8).

A busca incessante por algo capaz de garantir segurança jurídica, permitindo ao jurista definir aquilo que é certo e aquilo que é errado, legítimo ou ilegítimo, acaba afastando, por desinteresse ou desgosto, a gama maior de aplicadores/intérpretes do direito. O que se pode tirar da segunda corrente de definição da dignidade é que o direito, principalmente em se tratando de máxima com tão aberto conteúdo, não está passível de redução a mera “fórmula de Bhaskara”, a ser utilizada de igual modo para a resolução de qualquer problema (SCHREIBER, 2013, p. 8-9).

6 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA EUTANÁSIA

“A relação da sociedade com a morte tem-se mostrado assaz variável ao longo da história humana” (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 7). Juntamente ao modo como encarada a morte, altera-se a interpretação moral, social e jurídica conferida à situação de interferência no momento final da vida, prática geralmente ligada a figura médica, em nome do bem-estar do paciente, com finalidade em libertá-lo de estado de dor e sofrimento (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 7).

A prática descrita se chama, genericamente, eutanásia.

Quando se faz uso da expressão “eutanásia”, na forma como compreendido no mundo moderno, menciona-se o nome do filósofo e político inglês Francis Bacon, que teria criado o termo no século XVII, a partir da junção dos radicais gregos *eu* (bom, belo, verdadeiro, tranquilo) e *thanatos* (morte). A expressão designava a ação do médico que se incumbia em dar ao enfermo, quando não há mais esperança, uma morte doce e pacífica (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 7).

Antes de F. Bacon, Suetônio descreveu a morte do imperador Augusto como sendo doce e desejada, tendo em vista que, ao ouvir que outrem morrera prontamente e sem dor, demonstrava desejo de fim semelhante para si e para os seus, servindo-se da expressão grega *euthanasia*. Nesta última acepção, a expressão foi utilizada para indicar uma morte suave, sem maiores dores ou padecimentos, não necessariamente provocada, por todos desejada e encarada como modo ideal de encerrar a vida (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 7).

Eram estabelecidas condições e limites para a prática do ato de tirar a vida, em busca da certeza de não ser apenas o fruto de um impulso. Buscava-se a justificação a partir da dor insuportável, partida de doença incurável, devendo ainda ser consideradas as responsabilidades sociais da pessoa. Percebe-se, aqui, que a pessoa em perfeitas funções encefálicas também poderia optar pela morte (DRANE; PESSINI, 2005, p. 145).

Mesmo na antiguidade grega, em tempos em que a ideia da retirada da vida era comum, pedia-se que a decisão fosse fundamentada na razão, não podendo ser um

ato não virtuoso, fruto de impulso, covardia ou fuga à responsabilidade social (DRANE; PESSINI, 2005, p. 145).

Ao longo do tempo o seu uso passou a ser um indicativo de morte provocada, antecipada, precedida de sentimento de compaixão, diante do sofrimento daquele que se encontra irremediavelmente enfermo e destinado a um fim lento e doloroso. Neste sentido, é possível o apontamento de diferentes exemplos históricos de eutanásia enquanto aceita e recomendável pelo regramento social. Em épocas passadas, a eutanásia chegava até a ser confundida com práticas eugênicas e economicistas, as quais visavam, precipuamente, não a direta eliminação da dor de quem sofria, mas sim a eliminação da própria pessoa, tida como um fardo para o grupo, ou, em outro prisma, a purificação com fins de evolução da espécie (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 7-8).

Assim é que, na ilha grega de Cós, os velhos eram reunidos em um festa, oferecendo-lhes veneno; os espartanos selecionavam aqueles dignos de vida, atirando os recém-nascidos malformados do Monte Taijeto; na Índia, os doentes eram lançados ao rio Ganges; a Lei das Doze Tábuas dava ao pai o direito de promover a morte de filho disforme de nascença, após avaliação de cinco vizinhos; idosos, doentes graves e incuráveis eram enterrados vivos ou enforcados por vontade própria pelos birmaneses; falava-se em “despenar”, no sentido de tirar as dores dos que sofriam no final da vida, sendo função dos amigos íntimos e parentes, quando não havia remédio a prover (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 8).

Em culturas primitivas, pessoas em fase final de vida eram mortas após perder a consciência quando expostas à fumaça de uma fogueira fumegando (DRANE; PESSINI, 2005, p. 143).

Trazida na Bíblia, a morte do rei Saul é encarada como o primeiro relato de eutanásia, onde, ferido em batalha, pediu que fosse retirada a sua vida por um amalequita. No Império Romano, Cleópatra e Marco Aurélio fundaram uma academia com a finalidade de estudar formas menos dolorosa de morrer, enquanto, na época de Cristo, era oferecido aos crucificados uma esponja embebida em uma mistura de vinagre e fel, o “vinho da morte”, que entorpecia e acelerava o final da vida (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 8).

As cruzadas trouxeram mais um demonstrativo de morte enquanto fim de um sofrimento. Como meio de abreviar o sofrimento em caso de ferimentos graves, era

dado aos combatentes uma lâmina afiada, apelidada *misericórdia*, usada para provocar a própria morte (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 8).

Em 1902, haveria proposição de Nobel a um ministro italiano para que criado um estabelecimento voltado aos enfermos que manifestassem desejo de morrer, após avaliado o seu prognóstico por um médico local. A morte seria causada por asfixia, com a utilização de gás a ser inventado, portanto, não definido (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 8-9).

Mesmo que de origem grega, o termo eutanásia mudou ao longo dos séculos, a partir de práticas oriundas das mais diversas culturas presentes no mundo. O possuía significado distinto do atual, remetendo a um estado mental ou espiritual, buscando a tranquilização e o equilíbrio emocional da pessoa no fim da vida. As modificações, assim como fora apontado, não locaram-se apenas no arredores da Grécia, chegando à América latina e ao Brasil (DRANE; PESSINI, 2005, p. 144).

Encurtando ainda mais o campo de ilustração, no Brasil colonial, há relatos de práticas que resultavam no fim da vida, comuns aos povos indígenas e negros, tidas como tradições em algumas tribos. O Padre José de Anchieta narra que “crianças portadores de deformidades físicas – raras entre os nativos – ou aquelas sobre as quais pesasse dúvida acerca da paternidade [...] eram sumariamente enterradas vivas logo após o nascimento” (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 9).

Jimenez de Asúa – jurista e político espanhol – narrou a ocorrência, entre povos antropofágicos, da eliminação dos velhos, que eram mortos e devorados em banquetes, hábito tido como natural e nobre, sob o pensamento de que seria uma honra ter por sepultura o estômago dos próprios filhos (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 9).

Entre os povos indígenas restou conferido valor aos idosos, sendo a velhice considerada a mais honrosa das idades, cercada de respeito e admiração. Apesar da grandeza advinda da idade, podia acontecer solicitação de sacrifício por parte de ancião ou doente (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 9).

Entre os Tupis-Guaranis brasileiros, há relatos que se assemelham ao que se tem por eutanásia passiva. São historiados casos em que o próprio indivíduo solicita a aceleração da sua morte, como também situações em que a comunidade, ou representante desta, decidia em lugar do doente. É tido que, em caso de moléstia grave, suprimiam-se os medicamentos e alimentos, com posterior celebração de ritual

fúnebre, logo que se tinha ciência de que o doente ia morrer (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 9).

Os índios da tribo Bororo, habitantes do estado de Mato Grosso, consideravam pessoa em estado de saúde irrecuperável como morta. Ainda, entre eles, é de destaque uma figura chamada *bari*, espécie de feiticeiro, incumbido do intermédio entre a sociedade humana e as almas e sujeito competente para predizer a cura ou a morte de doente em estado grave. Em caso de previsão de morte, não era dado mais alimento algum ao doente e, caso este não fenecesse no dia determinado, o *bari* se encarregava de confirmar o seu prognóstico, sufocando aquele que agoniza (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 9).

Ao narrar a história do aventureiro alemão Hans Staden no Brasil recém-descoberto, Monteiro Lobato destacou a atitude dos Tupinambás perante os escravos (geralmente membros de tribos inimigas, capturados e mantidos a serviço da tribo), sacrificando-os quando adoeciam, sem muitos questionamentos. Consta momento de discordância entre o alemão e os indígenas, quando da decisão pela manutenção da vida de um cativo que se encontrava enfermo. Enquanto Hans S. acreditava na possibilidade que o prisioneiro tinha de sarar, os nativos, sem darem ouvidos ao que pensava, acreditavam que o melhor a se fazer era retirar a vida do sujeito, aduzindo que este “queria” morrer (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 10).

Os escravos africanos, em especial os negros de origem angolana e congolense, mantinham suas tradições de não permitirem a morte do *soba* (espécie de chefe da tribo) de maneira natural, quando o consideravam irremediável e gravemente doente. O *soba* era enforcado a uma corda pendente do alto da habitação, sendo um ato de grande honra para eles, vez que o objetivo da prática era o de evitar a decadência física terminal (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 10).

Em outra faceta histórica, ao invés de se ter a morte antecipada como solução para questões relacionadas aos doentes ou idosos, o fim provocado da vida encontrou fundamento em razões políticas, dado o exemplo do então presidente eleito Tancredo Neves, em que, enfrentando quadro irreversível e sofrimento intenso, recorreu a todos os recursos disponíveis para adiar o desfecho letal inevitável. No caso do ex-presidente, deve-se atentar ao fato de que não foi levado em conta o conforto ou a vontade do paciente. A esta forma de atuação se dá o nome de distanásia, onde, em suma, utilizando-se se recursos médico-tecnológicos (medicações, aparelhos e

procedimentos), há o prolongamento da vida que definha, afastando tanto quanto possível a morte iminente, mesmo que resulte em acréscimo de sofrimento e supressão de efetivas vantagens para o paciente (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 10).

A década de 60, do ponto de vista da ciência médica, ficou marcada como momento histórico de evolução técnico-científico na área da medicina, muito em razão do surgimento das Unidades de Terapia Intensiva, dos aparelhos de ventilação mecânica e das manobras de reanimação cardiopulmonar. Os avanços foram responsáveis por introduzir ao mundo clínico um outro tipo de conduta distinta da eutanásia tradicional, conduta essa caracterizada pela omissão do médico quando a utilização dos recursos disponíveis se mostrar excessiva, ou pela retirada dos mecanismos em uso, abstenendo-se de prolongar uma vida que, sem a intervenção, provavelmente já se teria extinguido (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 10-11).

A “nova” prática encontra raízes no berço da medicina grega, a qual defendia a concentração dos esforços nos doentes passíveis de cura, deixando as insistências naqueles que se encontravam em estado terminal, permitindo que a patologia desse continuidade o seu curso natural e irrefreável (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 11).

É sabido que a eutanásia, enquanto prática, independentemente do termo utilizado, está presente na história desde os tempos antigos e a Idade Média, havendo relatos de membros do clero que a praticavam, sem, obviamente, possuir a denominação específica e o significado atual (PERIM; HERINGER, 2010, p. 14).

Acerca do termo, alguns apontam que o primeiro uso da palavra se deu por meio de Suetônio, através da obra *A Vida dos Doze Césares*, no séc. II D.C. O uso foi devido ao falar da morte suave do imperador Augusto, consumada prontamente e sem sofrimento (JUNGES, 2006, p. 193).

Apesar de apresentar bases antigas, a matéria apenas ganhou relevância na segunda metade do séc. XX, em face das alterações no modo de vivenciar a morte. A mudança paradigmática foi chamada de “medicalização da morte”, termo utilizado para apontar a importância crescente do meio hospitalar, em detrimento da morte em casa. O fato se deu graças ao crescimento das possibilidades de tratamento, o qual exigia conhecimentos específicos, capazes de justificar a retirada do doente de sua família, obrigando-o a permanecer no hospital (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 11).

Em suma, a “nova medicina” tornou a morte um evento frequentemente manipulável; tão manipulável a ponto de se tornar estranho aos ouvidos e agressivo ao ordenamento jurídico dizer que é direito personalíssimo o modo como prefere morrer (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 11).

É fundamental atentar ao fato de que a morte costumava se dar no seio da família, onde até as crianças participavam dos momentos finais, algo que pode ser comprovado com as gravuras medievais que representavam essas ocasiões, nas quais são verificadas imagens de crianças no quarto daquele que fenece (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 11).

Na antiga Grécia, os hospitais operavam em diferente modo do que se tem hoje por tratamento hospitalar. Tais instituições possuíam o nome da pessoa relacionado à mesma raiz de hospitalidade, com indicação de local aconchegante, na tentativa de imitar o próprio lar, servindo como destino daqueles que, encontrando-se nos momentos finais, não tinham outro lugar aonde ir. A rigor, hospital significava “lugar bom para se morrer”, algo de difícil visualização nos ambientes hospitalares modernos, os quais abdicaram da ideia de bem-estar do paciente, em detrimento da questionável defesa extrema do direito à vida (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 11).

Por outro lado, ganha monta a valorização do princípio da dignidade da pessoa, de que bebe parcela considerável dos textos constitucionais ocidentais contemporâneos, razão do fortalecimento das discussões acerca dos limites das decisões sobre vida e morte de pessoas enfermas, buscando a adequação das tutelas jurídicas às suas individualidades (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 11-12).

A eutanásia ganhou novas cores nas discussões jurídicas, envolvendo questões carentes de compreensão e avaliação, objetivando um modo de agir mais adequado e calcado na individualidade e nas novas demandas sociais relacionadas ao importante fato jurídico que é a morte (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 12).

A história demonstra que o homem não tentava mudar o fluxo da história, o caminhar natural das coisas. O homem não buscava brincar de Deus. Em várias civilizações, é possível enxergar o pensamento de extinguir o sofrimento e o morrer com honra. Com o passar dos anos, os avanços da medicina acabaram por mudar a maneira como o ser humano passou a enxergar o evento morte. As possibilidades de cura, os métodos desenvolvidos e as tecnologias em desenvolvimento acabaram por modificar a

maneira como o ser humano via a vida, não mais assistindo o passar dos dias, mas passando a se comportar de modo mais ativo. A visão do mundo e da vida como algo passível de controle acabou por tornar a vida uma questão passível de decisão por terceiros, que acreditam ser capazes de atuar em situações/questões de altíssima complexibilidade. O que se quer mostrar aqui é que as vezes o excesso de poder, neste caso advindo da evolução da ciência médica, acaba por retirar do ser humano, no presente caso o enfermo, a própria liberdade em relação à vontade de passar pelos abismos da vida. Questões como vontade própria e honra foram deixadas de lado, em razão do crescimento da autonomia de quem deseja brincar de Deus. Será que o passado não é capaz de nos ensinar lições como: será que tudo é válido para prolongar, não necessariamente salvar/curar, uma vida? E se não houver mais honra, ainda vale a pena?

7 BIOÉTICA E PRINCIPIALISMO

O principialismo foi o termo criado pelos críticos do modelo bioético com base em princípios, utilizado, de início, de modo pejorativo, embora possua uso atual pelos próprios apoiadores da corrente. À época da criação, modelos alternativos ao que será discutido foram apresentados, incluindo a casuística, a moralidade comum e o paradigma das virtudes (FERRER; ALVAREZ, 2005, p.121).

Hoje é tido que todos os modelos citados fazem parte do campo de ação da bioética, sendo complementos ao principialismo, não havendo exclusão de um modo de pensamento causada pela sobreposição de outro. De início, o que se pode dizer é que o principialismo, bem com a obra de Beauchamp e Childress exercem papel chave no desenvolvimento da matéria, cravando o seu nome na história (FERRER; ALVAREZ, 2005, p.121).

Para a abordagem do tema, é fundamental definir que o que é procurado ao falar em principialismo é a ideia da bioética dos princípios (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 44).

A bioética é caracterizada como disciplina de união dos dilemas éticos relacionados com a pesquisa biocientífica contemporânea e a sua aplicação no meio médico (DRANE; PESSINE, 2005, p. 17). Seu surgimento pode ser enxergado como resposta do pensamento ético às grandes mudanças tecnológicas apresentadas, principalmente, entre os anos de 1960 e 1970 (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 16-17).

Pode ser tratada como uma área de conhecimentos complexos de natureza pragmática, com foco em aplicação ao serem tratadas questões morais referentes a situações clínicas e avanços científicos e tecnológicos (SOARES; PIÑERO, 2006, 28-29).

O pragmatismo é o que nos leva ao apoio em bases principiológicas, sendo, neste caso as ideias de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Implica na capacidade de decidir, levando em conta as faces morais e legalmente aceitas, em casos que levem ao estudo dos conflitos de valores, bem como às situações em que os avanços culminem na exclusão dos benefícios de determinados grupos,

desconsiderando a autonomia dos sujeitos envolvidos (SOARES; PIÑERO, 2006, 28-29).

Como forma de conhecimento aberto, a bioética se vale em sempre considerar os valores éticos e os fins da sociedade, sendo que, para o trabalho, a forte ligação, seja passada ou atual, com a ética médica ou deontologia médica fazem a área ser ideal para tratar da questão envolvendo a eutanásia em casos estritos de saúde (SOARES; PIÑERO, 2006, 13-14).

Dito isto, não há campo de estudo cujo reflexo aponte mais fielmente à época contemporânea do que a bioética, preocupada em sistematizar o estudo da conduta moral nas ciências da vida e na medicina (DRANE; PESSINI, 2005, p. 17). Fala-se na construção de um novo campo disciplinar, muito por conta das denúncias frequentes à época, que diziam respeito às pesquisas científicas com seres humanos; e à abertura gradual da medicina, que caminhava no sentido de mudança de uma profissão fechada e autoritária, para um campo permissivo ao diálogo, aberto a discussões com a filosofia, sociologia, teologia e, finalmente, com o direito (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 17).

Para alguns, existem três marcos principais da bioética, importantes para a consolidação da disciplina. O primeiro dos marcos, para esta primeira doutrina, foi o da divulgação do artigo intitulado “Eles decidem quem vive, quem morre”, escrito pela jornalista Shana Alexander, publicado na revista *Life*, no ano de 1962 (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 18-19).

O segundo marco é dado no ano de 1966, através da divulgação de assombroso artigo por Henry Beecher, médico anestesista responsável por colecionar relatos de pesquisas científicas envolvendo seres humanos em condições pouco respeitadas (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 19-20).

À título de exemplo, um dos relatos presentes se referia a experimentos que consistiam na retirada do medicamento penicilina em operários com infecções por estreptococos, visando estudar meios alternativos de prever as complicações (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 21).

O terceiro dos casos escolhidos pela doutrina em exposição ocorreu no ano de 1967, onde um cirurgião cardíaco da África do Sul transplantou o coração de pessoa quase morta em um paciente com doença cardíaca terminal. À época, o caso deu margem a

variados debates, mas os preceitos foram divulgados somente em 1975, porém a face que restou foi apenas a da morte encefálica (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 27).

Há quem diga que o marco histórico inicial a ser falado está situado entre os anos de 1978 e 1979, através da publicação do Relatório Belmont (Belmont Report) e o livro de Beauchamp e Childress (*Principles of Biomedical Ethics*). O relatório, elaborado por 11 (onze) profissionais de áreas e disciplinas diversas, membros da Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos da Pesquisa Biomédica, nos Estados Unidos, apresenta a base principiológica destinada ao uso para ajudar na solução dos problemas éticos surgidos na pesquisa com seres humanos. Os escritos elencavam os seguintes princípios: i) princípio do respeito às pessoas; ii) princípio da beneficência; e iii) princípio da justiça (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 44).

Marcada como uma das grandes obras da bioética, a *Enciclopédia de Bioética (Encyclopedia of Bioethics)*, 1978, definiu a matéria como sendo o estudo da conduta humano, em se tratando das ciências da vida e saúde, procedendo o exame à luz de valores e princípios morais (DRANE; PESSINI, 2005, p. 41).

Restou entendido que a ética médica era uma temática abarcada, não sendo a única, constituindo um conceito mais amplo do que a análise dos valores envolvidos na relação médico-paciente (DRANE; PESSINI, 2005, p. 42).

Em edição posterior à de 1978 (segunda edição, ano de 1995), foi trazido novo conceito do tema, resumido, agora, no estudo sistemático das dimensões morais, com pensamento nas áreas da ciência da vida e saúde, utilizando-se de bases metodológicas éticas num contexto interdisciplinar (DRANE; PESSINI, 2005, p. 42).

Beauchamp e Childress utilizavam-se de uma base de princípios, contendo semelhanças, para tratar de temas relacionados à moral, sendo eles: i) princípio do respeito da autonomia; ii) princípio da não-maleficência; iii) princípio da beneficência; e iv) princípio da justiça (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 44).

Ao falar em princípios, os autores faziam uso do termo em sentido amplo, incluindo toda uma normativa moral. Ocorre que a escolha da palavra, em dados momentos, continha um significado mais restrito, sendo as normas morais mais amplas e gerais, fonte e fundamento de outras normas mais específicas (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 120).

Sua principiologia partia da filosofia, dando destaque ao utilitarismo e o deontologismo moral kantiano, do discurso moral de Platão, Aristóteles e Kant, da ética normativa de William D. Ross e da filosofia moral de William K. Frankena. A bioética dos princípios busca, então, passando pelas discussões travadas e trazidas pelos expoentes pensantes citados, soluções para os diferentes dilemas éticos a partir dos princípios selecionados (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 42, 44).

O principialismo trata de um ponto de vista. Deste modo, não se pode falar em adaptação relacionada às demais teorias éticas, nem ao modo de enxergar e entender o que é bom e ruim de cada uma das pessoas da sociedade. Um ponto a ser destacado, nesse momento, é que a bioética dos princípios tem em sua origem uma forte base de pluralidade moral e, conseqüentemente, pluralidade para a solução de problemas concretos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 44).

Por conta da diversidade de pensamentos a partir das bases da teoria, fala-se em uma não existência de uma metafísica ou ontologia específicas permeando os princípios citados. A crítica surge quando o principialismo acaba por fornecer razões e normas para agir, com plena capacidade de atingir um nível que vai além dos sentimentos morais individuais do profissional da saúde. Outrossim, não há peso suficiente em nenhum dos princípios para que se consiga decidir prioritariamente em todos os conflitos morais (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 44).

As máximas apresentadas acabam sendo muito gerais, levando à insuficiência, por si só, para guiar decisões morais no cotidiano das áreas da saúde, frisando-se a medicina, carecendo de especificação para que sirvam da maneira como se imagina e deseja (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 141).

Apesar da crítica a essa base principiológica, o que nos importa, no presente momento, em relação ao principialismo, é a sua intenção, resumida pela busca por soluções para os dilemas éticos a partir de selecionados princípios (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 141).

Em se falando em busca por soluções, é preciso trazer que os princípios oferecem orientações para o proceder profissional diário, entrando, muitas vezes, em conflitos com outras máximas. Por este motivo, quando se fizer presente a dúvida em um caso concreto, é necessário colocar na balança para determinar qual princípio prevalece na situação posta em mesa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 141).

7.1 PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA E NÃO-MALEFICÊNCIA

O princípio da beneficência é referenciado no Relatório Belmont, sendo, dentre os três princípios eleitos no Relatório, o que mais referencia a história deontológica médica no ocidente. Através dos debates em cima do Relatório, pensa-se neste princípio enquanto um compromisso do pesquisador ao fazer ciência, a fim de assegurar o bem-estar dos envolvidos de maneira direta e indireta com os experimentos (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 32-33).

“A pessoa é uma individualidade biológica, um ser de relações psicossociais, um indivíduo para os juristas. Contudo [...] ela aparece como um valor” (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 39).

A partir do quanto dito, profere-se a seguinte sentença: o ser humano merece respeito, por conta do seu diferenciado e reconhecido valor. Neste sentido, Immanuel Kant, reconhecido filósofo moral, destacou que os seres racionais, pessoas, diferenciam-se dos demais seres por conta da sua natureza singular, alcançando reconhecimento como sujeitos com um fim em si mesmos, ou seja, algo que não pode ser usado somente como meio. Ademais, Kant se refere ao ser humano como possuidor de dignidade e valor interno.

Desde os primórdios da civilização e do pensamento ocidental, fala-se em interesse pelo valor do homem e pelo respeito a ele devido. Por outro lado, há que se falar da consistente existência de exceções aos referidos valores ao longo da história.

No *Corpus Hippocraticum* – conjunto de escrito partidos de Hipócrates – é manifestada a primeira grande norma guia dos profissionais de saúde, consistindo no interesse em não lesar ou danificar as pessoas, no âmbito geral, e os enfermos, em viés de particularidade.

Vê-se um ponto de referência na discussão acerca do respeito ao indivíduo enquanto fim em si mesmo. Partindo de tal discussão, importa conhecer o que é a ética do ponto de vista da teoria. Assim, é considerado o interesse em conhecer o bom, o bem e os seus opostos, acrescidos dos seus princípios e argumentos basilares, capazes de os justificar e diferenciar. Em resumo, a questão que circunda a teoria da ética é a de discutir o que é bom e o que é mal, sendo a discussão acerca do que se define por “bom” a que alcança posto mais elevado.

Ademais, aproximando cada vez mais a discussão com o tema central do capítulo, observa-se, ao longo da histórica, a forte ligação da ética e da medicina, sendo que, há que ser considerado que muito desta “parceria” é existente por conta da ideia acerca da beneficência (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 45).

“A beneficência visa a promover o bem do outro” (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 117).

Quando se fala do princípio bioético da beneficência, o que é buscada é a discussão com bases no entendimento de qual o real dever do médico, partindo da ideia inicial, com base filosófica e moral, no sentido de beneficência como sendo o fazer o bem. A partir da máxima da beneficência, caberia ao médico visar sempre ao bem do indivíduo enfermo que se achar submetido a seus cuidados (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 42).

Partindo da base filosófica, a beneficência seria uma manifestação da benevolência, de conceituação bem utilizada. Esta, por sua vez, seria tida por alguns como um princípio natural do ser humano, representado pela procura pela realização do bem dos outros, juntamente com o cuidar pessoal. Cabe dizer que a linha de pensamento apresentada se contrapunha aos dizeres do filósofo Thomas Hobbes, o qual considerava a natureza humana como sendo dominada pelas forças do egoísmo, autoconservação e competição, frisando, neste momento, a questão do egoísmo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 42).

Ocorre que o egoísmo não é o único dinamismo natural do ser humano, sendo este detentor de outros sentimentos para com outros seres de mesma convivência, como, por exemplo, simpatia, gratidão generosidade e benevolência, impulsionando a prática daquilo que se considera, em geral, como bom (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 42).

Platão, Aristóteles e Kant entendem a existência a benevolência como um valor secundário, quando do enxergar da razão enquanto detentor de primariedade no agir humano. A forte ligação com a paixão faz-lhes atribuir menor protagonismo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 42).

Em outra perspectiva filosófica, a virtude natural da benevolência se trata de uma tendência capaz de promover os interesses do homem e a procura pela felicidade da sociedade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 42).

Em suma, o que se pode tirar das bases filosóficas são características presentes nas conceituações. A primeira delas é a intenção/disposição para o bem ao próximo, tratando-se de uma disposição emotiva, assim como vista em Platão, Aristóteles e Kant, afastada a discussão acerca da primariedade ou não. A segunda base diz acerca de uma virtude, saindo do plano da ação/intenção, tratando, assim, de uma qualidade honrosa do caráter da pessoa. A terceira característica, de maneira conjunta com a primeira, trata do agir, de algo que transpassa do interno para o externo, trazendo como ponto chave da benevolência o agir correto. Por fim, demonstrando a visão positiva relacionada à figura do ser humano, define-se que a benevolência é intrínseca a todo o ser humano (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 42-43).

Como dito anteriormente, da benevolência surge a ideia de beneficência. Antes de que fale desta, é de destaque a William David Ross, nas três primeiras décadas do séc. XX, responsabilizou-se por desenvolver a ética normativa conhecida por ética dos deveres. Em sua idealização/criação, Ross expôs uma lista de deveres independentes, incluindo, para além dos outros, a beneficência.

William D. Ross, em um primeiro momento, entendeu a beneficência como algo facultativo, ou seja, um dever não absoluto, mas sim condicional. O considerava assim pois, diante do dilema entre deveres, haverá que se decidir por um deles, mesmo que caracterizado como dever evidente e incontestável. Assim, o dever apontado, não sendo absoluto, carece de cumprimento, salvo quando em conflito com outro dever igual ou mais forte.

O princípio origina o termo *paternalismo médico* (possibilidade decorrente da beneficência), ilustrando a ideia de um pai perante o seu filho, onde o médico, representado pela figura do pai, tentando alcançar a solução mais benéfica ao paciente, acaba por “infantilizá-lo”. A representação ilustrada se deve ao fato de o paciente ser submetido às exclusivas decisões médicas, havendo supressão parcial da sua liberdade de decisão acerca do que entendo como melhor para si (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 117).

Mesmo com o pensamento tendente à infantilização do paciente, é de notório saber que o princípio da beneficência atuou como paradigma nas discussões éticas referentes a paciente e médico. Em momento anterior, confundia-se o saber e o poder,

quando a palavra do médico era indiscutível, tendo em vista o seu notório saber (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 117).

Todavia, o passar dos anos trouxe consigo a busca pelo melhor interesse do paciente, em um novo viés de entendimento, calcado na presença da beneficência como justificativa para todo o agir médico. Também, tem-se que o ato médico ideal é resultado da interação entre profissional e paciente (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 117).

O paternalismo não é exclusivo da medicina, mas, no momento, o campo médico é o de maior interesse. Dito isto, deve-se convir que algumas características carecem de citação, tendo havido referência implícita de algumas delas em momento anterior. Sendo assim, são características comuns: superproteção, autoritarismo, inibição, infantilismo, sendo a junção delas motivo para a percepção de situação de anormalidade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 48).

Mas, onde que se quer chegar com a figura do paternalismo? A discussão será retomada em momento posterior.

Quando se trata do princípio da beneficência e seus limites, fala-se em não tratar a máxima como absoluta, uma vez que o tratamento contrário culminaria em aniquilação do direito do enfermo de ter a sua vontade manifestada, seus desejos e sentimentos expostos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 48).

O maior problema que se enfrenta quando se discute o princípio da beneficência é o de dizer exatamente o que é benefício para o outro. Nessa discussão, pode-se pensar que para o suicida, o maior benefício a ser encontrado é o de cessar a própria vida. Mesmo assim, ainda se pensa em benefício como todo o ato que busque a recuperação da saúde, a cura, a promoção da vida, encontrando reconhecimento quando do seguimento dessa direção (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 117-118).

Entretanto, mais simples do que definir o parâmetro de bem para o outro, é falar do padrão atualmente adotado. Sendo assim, o que norteia o princípio da beneficência, como verdadeira bússola para a prática médica, odontológica, psicológica e da enfermagem, é o bem-estar do paciente, tanto seu, quanto dos seus interesses, sempre com base nos critérios do bem fornecidos pela medicina, dentre as demais áreas citadas (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 44).

O princípio encontra base/fundamento na forte imagem criada em relação aos médicos ao longo da história, relacionada à tradição hipocrática no sentido de que o

profissional da medicina deve usar o tratamento para o bem do enfermo, com base na sua própria capacidade e juízo, afastando, a todo momento, qualquer ato que gere mal e injustiça. Também, em diferente contexto, a filosofia moral afirma que o homem sábio precisa usar a sua palavra de maneira a trazer uma utilidade à sua área de conhecimento, de maneira a ser considerado como talento desperdiçado o uso errado de uma capacidade. Não há, então, sentido em ser sábio e não usar o seu dom para curar as doenças da alma (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 44-45).

Hoje, a máxima é bem dividida em dois grandes objetivos: (i) a promoção da saúde e a prevenção da doença; e (ii) a ponderação entre bens e males, buscando a sobreposição/prevalência dos primeiros. Os profissionais da medicina, dentre outros anteriormente citados, buscam o bem do paciente, baseado naquilo que é tido como bom para o caso concreto e partindo das suas bases de atuação. Com base nisso é dito que o objetivo, o alvo dos atos médicos/terapêuticos é proporcionar auxílio eficaz para o enfermo em perigo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 45).

O parágrafo acima serve de confirmação para o pensamento de Francis Bacon quando, de forma resumida, entende que a medicina busca, de modo incansável, de modo passivo ou ativo, promover a felicidade e o bem-estar daqueles que se encontram dentro do campo de ação (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 45).

Corroborando para com o conceito, a base gênese do tratado princípio, o Relatório de Belmont, aborda a faceta estrita da beneficência, entendendo-a como uma dupla obrigação. Sendo assim, é necessário tratar de duas “obrigações” advindas do princípio, diferentes e interligadas. A primeira das atribuições prega o não causar danos, enquanto a segunda obrigação diz respeito à maximização de benefícios e minimização de prejuízos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 45).

A primeira das obrigações será tema abordado em momento posterior, mas, de início, cabe dizer que há notória divergência entre os dois grandes marcos do principialismo quanto ao não fazer mal ao paciente ser parte integrante da beneficência. Enquanto o Relatório entende por integrar, Beauchamp e Childress consideram a questão como um princípio análogo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 45-46).

Ainda sobre a beneficência, é fundamental trazer que o seu exercício não pode se dar de modo absoluto, possuindo limites, que passam muito pela figura amplamente

conhecida no mundo jurídico: a dignidade individual intrínseca a todo ser humano (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 45-46).

Como ilustração para a ideia de princípio não absoluto, fala-se na figura da decisão médica e parental no sentido de suspender tratamento de pessoa enferma, cuja recuperação ou manutenção da vida se mostrava humanamente impossível, partindo para a via do possível, através da busca pelas melhores condições a fim de gerar bem-estar ao enfermo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 46).

Indo além, ainda que de suma importância, o princípio em voga mostra-se incapaz de demonstrar uma submissão da vontade do paciente ante a decisão técnica/profissional. Esta é mais uma razão para a desconsideração da beneficência enquanto máxima absoluta, mas sim dependente de uma situação (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 46).

A beneficência é idealizada para a aplicação prática e, enquanto máxima de caráter não absoluto, deve acompanhar a aplicação com cautela. A prática médica versa sobre questão que não engloba a exatidão, mas situações passíveis de incertezas e diferenciações. Quando se fala em beneficência, pensa-se na ideia de evitar danos, de tratamento humano, pensado e com finalidade em resolver uma questão, em vez, não passível de perfeita resolução.

A cautela na aplicação advém do fato de que o que se entende por beneficência é assunto finalizado, porém os ideais que circundam a ideia de bem-estar são absolutamente mutáveis, sendo assim, a análise casuística carece de ser procedida, de modo a beneficiar o enfermo, tanto em relação a sua saúde, seja física ou mental, quanto em relação ao respeito à sua autonomia e dignidade enquanto sujeito com um fim em si mesmo.

A tradição hipocrática não apenas deixou-nos a beneficência, mas também incluiu no universo da ética jurídica referente à vida a ideia de não-maleficência, partindo da dúplice ideia de socorrer ou não causar danos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47).

Partindo do princípio da beneficência, enquanto máxima correlacionada, pensa-se, no primeiro dos encontros, em não causar danos, prevenir danos e retirar danos ocasionados, ideia anteriormente vista, abarcando elementos da beneficência elencados por Frankena (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47).

Acontece que é a partir dos citados elementos da beneficência que Beauchamp e Childress incumbiram-se de uma reclassificação, separando questões anteriormente tratadas com uniformidade. Assim, a não-maleficência surgiu traduzindo a ideia da obrigação de não causar danos, enquanto por beneficência passou-se a entender pela retirada dos danos, bem como a obrigação de prevenir os danos e de promover o bem (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47).

O novo princípio, agora reclassificado, é herdeira da tradição deontológica hipocrática, cuja ideia está associada à máxima de que acima de tudo, não se deve causar danos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47).

A não-maleficência trabalha no campo ideal da abstenção, possuindo, assim, mais amplo alcance, quando devida a todos. Por outro lado, a beneficência, valendo-se da ação, incorre em menor abrangência, na prática (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47).

O princípio da não-maleficência por vezes carece de real entendimento, a exemplo de males causado com finalidade em um bem maior. O primeiro dos “obstáculos” quando se discute a presença do princípio parte, muitas vezes, do próprio paciente, quando, incumbido de dúvida e medo, questiona os métodos a serem aplicados visando um benefício fim (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47).

Um paciente que precisa de uma amputação de perna ou braço, em primeiro momento, depara-se com situação de incerteza em relação à real necessidade da execução do ato e da disposição do próprio corpo – ou capacidade – para que a sua vida seja preservada da melhor forma, diante do que se tem por possível para a ocasião. O que se deve ter como evidente questão é o foco do interesse, não estando este em mutilar ou causar uma disfunção, mas sim em criar uma chance real de sobrevivência e saúde geral (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47).

Os exemplos citados, devendo aqui ser acrescentado, para trazer questão de perda de função, a ser vista a disfunção erétil advinda de retirada da próstata para combate ao câncer, expõem casos típicos da teoria moral do duplo efeito. Conforme defende a teoria, os exames filosóficos-morais em casos como os exemplificados devem ser submetidos ao exame conjunto baseado nos princípios da beneficência e da não-maleficência, atentando ao fundamental ponto de ser a análise casuística. O uso de uma ponderação baseada em princípios tem como fim, para além do paciente, orientar

e permitir o agir médico/profissional, por, não sendo assim, haveria recusa em intervir sempre que diante de situação de risco ameaçador grave (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 47-48).

Outrossim, mesmo havendo citado o entendimento da doutrina em relação a maior abrangência prática da máxima, cabe dizer que, assim como ocorre com a beneficência, a não-maleficência não goza de caráter absoluto, mas, de modo nenhum, o não prioridade em todos os conflitos não incorre em minimização da importância do princípio, todavia como afirmação da importância da análise casuística enquanto determinante para os limites (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 48).

Ainda, quando se fala em não-maleficência, é devida a breve citação ao princípio do respeito devido a todo ser humano. Assim, não cabe ao profissional de saúde justificar a dor e o dano causados a uma vida humana, a menos que o próprio paciente seja a primeira pessoa a ser beneficiada. Ademais, muito concordo com o pensamento no seguinte sentido: primeiro o enfermo, em segundo e terceiro plano os demais, sejam familiares, pessoas próximas, outros pacientes ou a própria sociedade. Ninguém pode ocupar espaço maior na vida de um indivíduo do que o próprio indivíduo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 48).

Havendo falado dos dois princípios base para o tópico, volta-se à questão relacionada ao paternalismo. Agora, deve-se colocar em foco duas das suas principais características: superproteção e autoritarismo.

A partir das duas integrantes, é devido falar em paternalismo enquanto resultado de certa assimetria na relação médico-paciente, baseada na fragilidade do paciente e da força do médico. A relação desproporcional acaba por anular a figura da pessoa enquanto fim em si mesmo, maculando a figura do saber em poder, com a consequência do apagar do enfermo enquanto indivíduo singular (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 48-49).

Até o momento, o que foi falado sobre o paternalismo se mostra como um caráter geral para a ideia, porém Beauchamp e Childress buscaram uma distinção do pensamento em paternalismo fraco e paternalismo forte. Considerar-se-ia, para fins de delimitação da área de estudo, paternalismo forte como sendo aquele cujo exercício dar-se-ia mediante pessoas autônomas, passando por cima de suas autonomias, com consequência em desconsiderá-las. Por outro lado, paternalismo

fraco culminaria no exercício da vontade sobre pessoas incapazes juridicamente ou incompetentes na faceta moral (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 49).

Trazendo o tema para a realidade a que deve ser inserido, olhando para a sociedade brasileira, a delimitação e a inserção da ideia de paternalismo se mostram difíceis e reais, quando se vê considerável número de pessoas com nível insuficiente de educação, facilitando a justificativa de paternalismo no cuidado à saúde. Ademais, como se pode falar em autonomia em quem não a possui nem para se alimentar ou viver dignamente? (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 49).

Acredito que a maneira correta de responder ao questionamento anterior seja com o uso da principiologia agregada à questão da superproteção, com a finalidade em afastar o autoritarismo. A contemplação e avaliação do paternalismo deve se dar de maneira a sempre olhar para as ideias de beneficência e autonomia (questão que receberá futuro protagonismo dentro do presente trabalho), sempre andando lado a lado. O princípio da beneficência, quando se põe em foco o Brasil, deve ser o princípio usado para orientar as atividades e decisões dos profissionais de saúde, com o objetivo em realizar o seu papel social (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 50).

O que se pode concluir, neste momento, é que a figura do paternalismo está diretamente ligada ao baixo discernimento do paciente. Passando para uma perspectiva macro, influi-se que há presença considerável do paternalismo forte na sociedade brasileira, tida, indiretamente, por incapaz de exercer a sua autonomia em razão de fatores sociais comuns (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 49).

Dando fim ao tópico, fixo a interessante reflexão moral trazida por Kant, no sentido de que não é devido favorecer ninguém, excetuando crianças e incompetentes, com base no conceito personalíssimo de felicidade, mas, corretamente, de acordo com o conceito de felicidade do sujeito a ser beneficiado (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 49).

7.2 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

A autonomia pessoal pode ser conceituada como a capacidade de determinada pessoa para se autodeterminar, de maneira livre e afastada das influências externas

passíveis de as controlar, bem como das limitações pessoais impeditivas de uma genuína opção, mitigadoras do poder de compreensão e de escolha (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 123-124).

O princípio possui base na ideia de ser a sociedade calcada na democracia, pregando igualdade de condições entre os indivíduos como pré-requisito de coexistência da diversidade moral (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 45).

A grande pergunta que se faz é acerca do limite da autonomia dentro dessa construção de ideal de sociedade, separando o que é permitido, daquilo que resta por intolerável. Exatamente neste momento que surge a figura importantíssima do respeito à autonomia, significando um primeiro delimitador dos alcances da autonomia de um indivíduo, balizando-a dentro da esfera de terceiro. A ideia trazida é a seguinte: o sujeito haveria de ter a sua autonomia respeitada enquanto esta não resultasse em violação da esfera alheia, não ocasionando danos ou sofrimentos a outras pessoas. Apesar de ainda vago, consegue ser um norteador para a ideia (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 46).

Embora não seja uma afirmação, entende-se o princípio como detentor de um papel central em toda a bioética contemporânea, sendo visto a máxima principialista examinada no contexto da tomada de decisão no âmbito biomédico (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 123).

A autonomia também pode ser entendida como uma saída social para a quebra de desigualdades, fazendo com que fossem respeitadas as barreiras autônomas dos indivíduos mais vulneráveis (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 47).

Quando se fala em autonomia na relação médico-paciente logo surge o seguinte questionamento: quem deve decidir? A pergunta feita sucede o dilema em relação ao saber do médico *versus* a propriedade sobre a própria existência do paciente. O que se pensa, neste momento, é que o médico deve decidir pois está municiado com a “arte de curar” e o conhecimento relacionado a determinada conduta. Por outro lado, o paciente, como dito anteriormente, deve ser visto como dono do seu próprio destino, munido de discernimento e moral (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 53).

A relação médico-paciente é assistida pela tradicional postura pregada no Juramento de Hipócrates, a qual rege o proceder do sujeito capaz que visa o bem-estar do próximo, em vez de em detrimento do seu próprio, ou seja, baseado na ideia de

beneficência. Esse juramento demonstra a sua tamanha importância quando da vigência até o atual momento (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 53).

Entretanto, há lacuna deixada referente ao livre arbítrio do paciente, poder decisório, quando da não contemplação, em momento algum, pelo texto, da vontade do enfermo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 54).

Soa estranho falar em marco da moral grega e exclusão da ideia de liberdade, em se tratando de uma civilização marcada pela união popular em função dos ideais de liberdade e democracia. A razão para isso é que o Juramento, mesmo que constituído no apogeu clássico grego, espelha a moral médica, sendo feito por médicos e para médicos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 54).

Todavia, nessa época (final do sec. V e sec. IV a. C.) surgia um novo tipo de médico na Grécia, cujo exercício se baseava na medicina-ciência em contraposição do cunho médico-religioso. A nova face da medicina, enquanto ciência, converteu a área em uma arte consciente e metódica, calcada em fatos experimentados e não em concepções religiosas (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 54).

O novo médico, então, buscava se tornar alguém “separado”, mas a sua separação dar-se-ia com base no saber especial que o diferenciava, através de um esforço consciente para a transmissão/comunicação dos seus conhecimentos e encontro dos meios necessários para se tornar inteligível (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 54).

Através da ciência, houve o surgimento dos escritos médicos, constando como sendo literatura médica destinada aos estranhos à profissão. A melhor ocasião para a transmissão do conhecimento e pensamento médico era durante o relacionamento com o paciente, sendo demonstrada por Platão o diferente tratamento destinado aos diferentes tipos de sujeitos de uma sociedade. Havia, então, diferença significativa entre o relacionamento criado pelo médico perante um escravo, daquele destinado a um cidadão livre. Enquanto o primeiro era recebido sem que preciso fosse compartilhar o conhecimento, apresentando conduta médica tirana, às pessoas livres eram expostos, de modo detalhado, a enfermidade e aquilo que a circundava, além da concepção da sua origem (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 54).

Platão, em interessantíssima exposição, ainda relata que havia considerável divergência entre o agir médico baseado na exposição e aproximação, daquele visto

apenas com o intuito da cura. No final, o seu posicionamento pendeu para a medicina baseada no esclarecimento detalhado do paciente (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 55).

Os relatos platônicos expõem a quebra paradigmática advinda da nova medicina, medicina científica, na Grécia, caracterizada, para além do conhecimento científico, pela aproximação com o paciente, em busca de uma relação mais harmoniosa através do esclarecimento. Ressalte-se que o esclarecimento não era prestado por direito à informação do paciente, mas sim pela vontade médica de aproximação com o necessitado dos cuidados específicos do profissional, trazendo harmonia ao relacionamento (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 55).

Há que se frisar que a conduta citada não era de comum prática na sociedade em questão, onde os esforços com fins de aproximação não se dirigiam à grande massa, mas aos homens livres, pertencentes a classe social de maior discernimento e poder (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 55).

A ideia de ciência médica mergulhou em esquecimento durante os períodos do absolutismo e do obscurantismo da Idade Média, quando houve preferência pela conduta autoritária e paternalista do médico para com o paciente (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 55).

O espírito de afastamento parcial do autoritarismo conheceu retorno com o Renascimento, havendo redescoberta do citado ideal nascido na Grécia Clássica, trazendo novas luzes ao conhecimento humano. Quando se fala em retomada dos olhares, tem-se que a arte foi a primeira das áreas a ressurgir, seguida pela filosofia e ciência. Com a retomada da cultura grega, houve resgate dos anseios de liberdade e democracia. Porém, em meio a isso, o grande adicional à época e ao pensamento resgatado foi a ideia de direitos humanos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 55).

Os direitos humanos não eram pensados pelos gregos como frutos da democracia, a qual era encarada como sendo pertencente apenas ao povo. Com o seu ressurgimento, no sec. XVIII, não apenas restou ligada à figura do povo, mas também a uma série de direitos individuais, a exemplo do voto, liberdade de expressão e propriedade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 55).

A defesa dos interesses humanos protagonizou as revoluções democráticas ocorridas no mundo ocidental a partir do sec. XVIII, porém a sua chegada à medicina, trazendo

a discussão do pluralismo e da democracia, se deu em momento mais recente. A relação médico-paciente continuou sendo desigual, baseada na vontade a partir do conhecimento técnico, continuando o paciente a ser considerado incompetente físico e moral, carecendo de condução pelo seu médico responsável. O que se vê é a continuidade da ideia de medicina paternalista e absoluta (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 56).

Fato importante se encontra entre os anos de 1969 e 1973, nos Estados Unidos. Os americanos marcaram o seu nome na história ao criarem documento considerado a primeira carta de direitos do paciente, utilizando a perspectiva do usuário dos hospitais. Vale expor que o citado avanço se deu no ano de 1969, a partir de acordo realizado entre um grupo de associações de consumidores e usuários e a Comissão Americana de Credenciamento de Hospitais (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 56).

Adiante, em 1973, o Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar recomendou aos hospitais e demais entidades de saúde que seguissem e prestassem informação acerca da declaração de direitos do paciente. Ainda, no mesmo ano, houve aprovação pela Associação Americana dos Hospitais da Carta de Direitos do Paciente, com seguinte adoção por outros países (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 56).

Apesar de reconhecida a importância do paciente em sua relação com o médico/profissional, o marco de surgimento dos direitos dos pacientes não se deu com base na conhecida e referenciada discussão pela liberdade, anteriormente exposta, mas sim pelos direitos do consumidor, ou seja, o pagamento do serviço atrelou-o a qualidade do atendimento. Todavia, com o tempo e a divulgação da ideia, houve alteração quanto ao caráter e ampliação dos limites. Acrescido disto, o avançar da tecnologia deu margem ao nascimento de grandes dilemas morais, propiciando o surgimento da reflexão bioética, constituindo verdadeiro marco filosófico e moral na busca pela resolução de questões de maneira ordenada e justa, demonstrando o valor, respeito e apressado pela ética e pelas diferentes crenças profissionais e pessoais (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 56).

À época representou grandessíssimo marco para a mudança paradigmática da medicina e das demais ciências da saúde, onde, com a bioética, a relação médico-paciente pôde ser vista a partir de 3 (três) agentes: o médico, o paciente e a sociedade, sendo cada um detentor de significado moral específico. Assim, o paciente

atuaria tendo por guia o princípio da autonomia, enquanto médico andaria lado a lado com a beneficência e a sociedade em busca incessante pela justiça (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 56-57).

Fazendo um paralelo com os princípios basilares da Revolução Francesa (liberdade, igualdade e fraternidade), a autonomia, agora em foco, encontraria representação na ideia de liberdade, enquanto a beneficência à questão da fraternidade e a justiça construiria direta ligação à ideia de igualdade. A correlação dos ideais e máximas surge na tese como demonstrativo de crescimento social em mesmo sentido, com anseios iguais para diferentes realidades e épocas, uma verdadeira busca incessante por bases dignas para uma sociedade ou para o regimento de uma relação (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57).

Para que haja completude no capítulo, é preciso falar do crescimento relacionado ao respeito à autonomia. Sendo assim, a conquista referenciada se mostra como um fenômeno histórico recente, no passo em que a área da saúde vem, cada vez mais, colhendo os frutos e buscando a aproximação e prevalência da beneficência e da não-maleficência (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57).

Quando se fala em temática recente, a referência base contundente encontra guarida nos anos 60, caracterizado pela presença de momentos de defesa dos direitos fundamentais da cidadania, bem como dos reivindicativos do direito à saúde e humanização do serviço (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57).

A visualização da máxima à autonomia é posterior aos anos 60, com marco rei na década de 80, momento de vinculação dos códigos de ética profissional com o estabelecimento de relação do profissional com o paciente, pendendo à ampliação do princípio da autonomia (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57-58).

Cresce no universo brasileiro a discussão, bem como a elaboração normativa, com forte cunho deontológico, acerca das questões envolvendo as relações assistenciais médicas e psíquicas, contando com significativa participação dos direitos fundamentais inerentes ao regimento da vida humana (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 58).

Os significativos avanços podem ser percebidos concretamente a partir de componentes de lei, a exemplo do art. 46 do Código de Ética Médica, contendo vedação à realização de qualquer procedimento sem prévio conhecimento e

consentimento do paciente ou daquele que o represente legalmente, salvo em caso de iminente perigo de vida. Ademais, a importância da relação médico-paciente ainda pode ser observada com a leitura dos artigos 56 e 59 do mesmo diploma técnico-legal, reforçando o direito de livre escolha/decisão do indivíduo a ser submetido a procedimento visando a saúde, reforçando a ideia real de direito à informação, incluindo o conhecimento do diagnóstico, o prognóstico, os riscos e o objetivo do tratamento (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 58).

Até agora o que se tentou fazer foi definir a autonomia, mas é devida a análise quanto da diferenciação entre ser a pessoa autônoma, e ser o mesmo sujeito autônomo e respeitado em razão da sua autonomia (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 125).

O dito respeito implica no reconhecimento do direito da pessoa capaz de decidir autonomamente, levados em consideração os seus pontos de vista, as suas próprias opções e a sua base de agir fundada em valores e crenças pessoais (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 125).

O respeito a autonomia caminha entre os campos do falar e do agir, em uma perspectiva de exigência de respeito para que se faça o que é alcançável para potencializar a autonomia dos seres pessoais. Este, por exemplo, é um dos motivos de ser devida a informação ao paciente, com a exposição do diagnóstico e das opções terapêuticas disponíveis (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 125-126).

Voltando ao tratamento da autonomia, entendo necessário, mais uma vez, trazer o seu entendimento, com a finalidade de precisar a distinção entre ela e o respeito anteriormente citado. Sendo assim, o que se entende por autonomia?

O termo autonomia tem derivação do grego “auto”, cujo significado é “próprio”, e “nomos”, podendo ser entendido como “lei”. A partir da gênese da palavra, é possível inferir que autonomia referencia a capacidade de autogoverno, de autodeterminação e controle da própria vida, trazendo a capacidade de decidir naquilo que acabe por afetar a via, a saúde, a integridade físico-psíquica, bem como as relações sociais. Em resumo, dá-se o nome de autonomia à capacidade do indivíduo de escolher o que entende como bem, ou o que constitui parte integrante para o seu bem-estar (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57).

O assunto versa muito acerca da validade no consentimento livre e esclarecido, buscando uma simples e única demonstração: competência para decidir (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 48).

Assim, é considerada pessoa autônoma aquela capaz de ter livre pensamento, desentranhado de vícios e coações, sejam elas internas ou externas, possuindo, assim, plena capacidade de escolha ante as alternativas apresentadas (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57).

Fazendo um pequeno recorte, a capacidade seria alcançada, no campo médico, com o domínio de todas as informações necessárias à tomada de decisão, possibilitando ao paciente escolher dentre as mais diversas alternativas postas em mesa, compreendendo as informações recebidas para, conseqüentemente, embasar o muitas vezes difícil processo de tomada de decisão (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 48).

A autonomia pressupõe um campo de ação contendo alternativas de ação ou possibilidade de criação própria de alternativas. Discute-se, aqui, a impossibilidade de exercício da liberdade quando não são concedidas possibilidades reais de escolha. Também, uma única opção possível não possibilita a tomada real de decisões concretas (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57).

O que se pensa a partir disso é que a liberdade se apresenta em dupla face, englobando o escolher e o agir, requerendo a capacidade individual de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas. Logo, quando o sujeito autônomo não tem opções, ou quando as opções não se mostram ao seu alcance, não há que se falar em exercício do seu poder enquanto figura única com finalidade em si mesmo, não podendo ser a ação empreendida julgada autônoma (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 57).

Novamente, incorre aduzir que o princípio da autonomia não deve ser confundido com a ideia de respeito da autonomia de outrem, possuindo fundamentos diversos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 58).

O respeito a autonomia, brevemente exposto anteriormente, baseia-se no reconhecimento do indivíduo enquanto ser possuidor de pontos de vista únicos, munido da capacidade de decidir conforme um plano personalíssimo de vida e ação, baseado em crenças, aspirações e valores, mesmo que em divergência com os ideais pregados por uma maioria, pensante ou não, técnica ou não, médica ou não. Quando

se fala em individualidade, frisa-se o não constituir ameaça a parte da diferença, ou seja, o respeito requer tolerância às crenças e escolhas, contanto que estas não infrinjam a barreira do direito e proteção alheia. Porém, havendo respeito dentro da individualidade, é devido lembrar que a dor, o sofrimento e a doença integram o universo de um único indivíduo (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 58).

A máxima do respeito pela autonomia alheia encontra parceiro compatível no princípio da dignidade da natureza humana, voltando ao pensamento do sujeito possuidor de uma individualidade enquanto funcionar com a finalidade em si mesmo, não somente vivendo em função da satisfação dos interesses de terceiros, incluindo os próprios profissionais de saúde e o sistema. Respeitar a pessoa autônoma diz respeito a aceitação do pluralismo ético-social, das diferentes formas de enxergar a realidade e a vida. Nesse momento, em sendo colada em pauta a discussão que se origina a partir da individualidade, nada é capaz de definir melhor a questão em foco do que a aceitação de ser cada indivíduo merecedor do reconhecimento enquanto ser com finalidade em si mesmo. Mais uma vez, nada mais é do que o reconhecimento da individualidade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 58).

Por outro lado, a autonomia é expressa como princípio de liberdade moral, através do entendimento de que todo o ser é agente moral autônomo, motivo que o leva ao dever de respeitar e exigir respeito, a partir da ideia de direito ao respeito. Mas, a que se daria esse respeito? A resposta circula no campo da moral, onde nenhum ser com finalidade individual deve sofrer com imposições que vão de encontro aos ditames da sua consciência (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 58).

Ocorre que, mesmo em relação a autonomia, não se pode esperar desta a completude, sendo um ideal, mas não o real. Longe de se entender a liberdade individual enquanto bem ilimitado, total, incontestável, vista a sua interação nas relações sociais, as quais podem envolver o controle, questões condicionantes e restrições às ações individuais. Apesar de todas essas, o ser humano ainda tem um campo de movimento dentro das margens próprias de decisão e ação, sendo que, na ética, toda a deliberação se faz dentro daquilo que se tem por possível, a partir de uma escolha diante de situações postas à frente (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 58-59).

A ideia de autonomia pode ser encarada de diferentes formas, a depender do expoente do pensamento. Quando se fala em autonomia aos olhares de Immanuel

Kant, pensa-se em manifestação da vontade, enquanto, quando se caminha pela perspectiva de John Stuart Mill, vê-se autonomia enquanto ação e pensamento. A ideia de J.S. Mill pode ser destrinchada em permissividade de condutas de controle social e político quando houvesse necessidade para fins de prevenção de danos a indivíduos terceiros ou à coletividade. Há, sim, o ideal acerca da permissividade do desenvolvimento das próprias convicções, atentando sempre para a não interferência na liberdade alheia (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 59).

Também é possível falar em autonomia reduzida, partindo da máxima de que o ser humano não nasce autônomo, tornando-se a partir de variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais. Porém, há aqueles que não as desenvolvem, sofrendo com a redução da sua autonomia, de modo transitório ou permanente, como as crianças, os deficientes mentais e indivíduos em estado de coma.

Ainda, pode haver formulação do princípio de maneira positiva ou negativa. A parcela positiva diz respeito ao agir médico de informar o paciente, prestando tratamento respeitoso às pessoas, de modo a favorecer as suas decisões autônomas (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 126).

Na perspectiva negativa, há defesa dos interesses pessoais, impedindo a exigência de conduta adversa e que reduza o exercício da autonomia das pessoas com capacidade para a prática dos atos legais e permitidos, concentrados na esfera da individualidade e pessoalidade. A negativa busca salvaguardar outros valores morais inerentes ao exercício da autonomia, que devem prevalecer nas mais diversas situações (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 126-127).

Uma das discussões de maior importância para a construção deste trabalho bebe na discussão acerca da pessoa autônoma poder agir não-autonomamente em determinadas circunstâncias (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 59).

Quando se fala em agir não-autônomo, nesse momento, refere-se à complexa atividade de avaliar as condições dadas para que se possa prestar a livre manifestação, sendo considerada uma das mais complexas questões éticas envolvendo os profissionais de saúde (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 59).

Há situações estudadas pela ciência médica onde o paciente se encontra em situação de desordem emocional e mental, ou até alteração física, com capacidade de reduzir/comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões tomadas com base

na individualidade. São situações em que surgem como capacitados para a decisão os familiares ou os profissionais de saúde (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 59).

Falou-se anteriormente em autonomia enquanto portadora de limites. Quando se toca nesse assunto, é visto o culto ao privatismo moral, algo que acaba por incentivar o individualismo e a insensibilidade entre os seres humanos, criando um ambiente em que a solidariedade e o viver em harmonia acabam por se tornar complicados (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 60).

A ideia de autonomia não pode estar atrelada ao individualismo, mas sim à individualidade enquanto sujeito único. O individualismo não é ideal e não é o pensamento pregado com base na lógica principiológica, uma vez que as máximas são pensadas visando um melhor convívio em sociedade, sendo a própria ética um grande mecanismo de regulação das relações interpessoais e coletivas, almejando a harmonia dos interesses individuais e coletivos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 60).

De modo algum a autonomia pode ser convertida em direito absoluto, devendo os seus limites serem dados tomando como base os ideais de respeito à dignidade e à liberdade alheia e coletiva. A partir disso, uma decisão autônoma, porém passível de causar danos a terceiros ou à saúde pública pode carecer de validação ética (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 60).

O que se pode tirar disso? Em um primeiro momento, pensando na temática eutanásia, pode-se imaginar que a autonomia de uma pessoa em relação à sua própria vida é passível de limitações. Pensar assim não é errado, mas o que se busca trazer à tona é o viés contrário, pensando no benefício de alguém que tem a sua garantia de individualidade e busca o respeito alheio para que lhe seja resguardada a sua dignidade enquanto ser autônomo e único. Qual o lugar que se quer chegar com isso? A partir da ideia de autonomia enquanto respeito mútuo e resguardo à dignidade alheia, busca-se refletir sobre a concreta possibilidade de o ordenamento jurídico brasileiro suportar a introdução de base legal capaz de garantir maior liberdade de atuação à pessoa que não mais vê dignidade em sua vida, tendo em vista a crítica situação de saúde em que se encontra. A discussão abrange quatro grandes sujeitos: o primeiro é o particular, seguido da sua família, do médico e da sociedade. Ao final, busca-se defender que nenhum dos indivíduos alheios à vida é capaz de sustentar

tese possível de afastar um sujeito autônomo da busca pela sua dignidade enquanto pessoa humana.

O que se falou acima faz referência indireta à quebra paradigmática de pilares sociais, padrões morais de conduta e relacionamento. Ocorre que a garantia do princípio da autonomia requer um pensamento fora da caixa, não significando a defesa de uma ética sem limites e desarrazoada, lembrando que toda defesa de novos princípios precisa, necessariamente, recorrer à base de máximas de maior amplitude, com tendência à universalidade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 60).

Ainda, cabe, sim, dizer que é devido o confronto entre a vontade do paciente e as bases ideológico-morais do profissional de saúde, tendo em vista o não caráter absoluto da autonomia. Deste modo, o médico, munido de razões éticas e pessoal consciência, pode se opor aos desejos do particular quanto à realização de determinados procedimentos, a exemplo da eutanásia (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 61).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 assegura o direito à autonomia a todos os cidadãos, através da determinação de não submissão/obrigação à prática de ato que não esteja previamente descrito no conjunto legal pátrio. Fala-se em legislação que garante o gozo da vontade, mas resguarda a vida enquanto bem máximo a ser considerado (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 61).

Em relação à vida, mínima ação da vontade se destina às escolhas acerca dessa, porém nem a própria existência pode ser vista como absoluta. A legislação penal pátria excepciona o uso da autonomia em detrimento da vida nos casos, por exemplo, de iminente perigo de vida ou legítima defesa. Em outras palavras, é dada autonomia para viver, mas não para matar; assim como é garantida autonomia para agir segundo a própria vontade, resguardados os direitos de terceiros, mas não para decidir pela própria morte (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 61).

Dito isto, há justiça em privar um ser humano que se vê indigno de buscar a sua dignidade, entendida por ele como sendo condicionante para a sua existência? De que vale uma vida sem propósito?

Quando se fala em princípio da autonomia, interessante é voltar à discussão acerca do paternalismo, agora visto em outra perspectiva e com base em discussão diversa.

Como já exposto, o paternalismo consiste na interferência profissional sobre a vontade de pessoa autônoma, mediante justificção, buscando aquilo que se acredita ser melhor para o paciente, mesmo que de fato não leve ao seu bem-estar real, o que agrega a alegria, as necessidades pessoais, os interesses e os valores (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 61).

Encare-se o paternalismo médico, intitulado paternalismo terapêutico, com algo necessário, diferente a relação criada das demais relações contratuais. Tem as suas bases nos fundamentos hipocráticos, razão pela qual, na antiguidade, verificava-se conduta autoritária, vez que o que se pedia do médico era a aplicação do seu amplo saber, não conhecendo da autonomia da pessoa que tratava. Desse modo, a ação carregaria exclusivamente a opinião médica e não a vontade autônoma do paciente (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 61).

O que devia perpassar pela mente do profissional competente era o acreditar no benefício da ação para com a pessoa que se submetia aos cuidados e técnicas, afastando, obviamente, qualquer tipo de violação de cunho moral.

A questão de vinculação da autonomia com o paternalismo ocorre quando se entende sendo o paternalismo médico, ou seja, o uso conciso de sua capacidade como o meio necessário para a retomada da autonomia por parte da pessoa em submissão a tratamento. Como dito anteriormente, há momento em que a situação de encontro da pessoa acaba a levando para um universo de incerteza e confusão, retirando, momentaneamente, a capacidade de tomar decisões racionais e coesas em relação à sua própria existência. O paternalismo agiria como resposta a incapacidade e não a uma negativa dos direitos individuais (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 61-62).

Como demonstração da aprovação majoritária da lógica por trás da ideia, o Código de Ética Médica brasileiro, em seu art. 59, mostra-se como sendo permissivo a atos médico paternalistas, pensando, por vezes, na ocultação de informações passíveis de interferir negativamente no psicológico dos pacientes.

Ocorre que, como no caso da eutanásia, há questões de contrariedade em relação ao paternalismo aplicas, quando se fala em condutas paternalistas sem direta ligação com o ideal príncipe, sendo fruto do autoritarismo social brasileiro, expresso nas relações do sistema de saúde.

Mediante pessoa cuja incapacidade, ou autonomia reduzida, é manifesta, há que se defender a prevalência da beneficência e da não-maleficência, tendo em vista a impossibilidade de defesa dos seus ideais que a tornam individuais. Ocorre que a imposição e os atos autoritários prestados mediante pessoa autônoma são contrários às ideias de beneficiar e afastar o mal, quando da possibilidade de divergir com aquilo que é o real bem-estar pessoal, bem como o ideal de qualidade de vida e dignidade individual, baseada nos fundamentos e princípios intrínsecos àquela existência (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 61-62).

Ainda, é indispensável atentar ao fato das diferenças formadas ao longo da vida, onde todas as situações vividas acabam por construir diferentes formas de entendimento da realidade. Assim, ao paciente é devido o envolvimento nas suas próprias questões, principalmente quando se fala em sua saúde, respeitando as suas bases ideais e valores socioculturais, passíveis de choque com a técnica médica momentânea (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 62).

O que de mais interessante se pode retirar do tópico é a figura do respeito à individualidade, onde a ideia de bem-estar e dignidade pode não mais estar ligada à questão do viver; onde um tratamento considerado ideal pode acabar por destruir a figura de um ser cujo fim está em si mesmo. A busca pela aproximação com o paciente é fundamental para que o melhor, independentemente de ser cura ou não, ser alcançado. Mas, sempre tendo em mente a impossibilidade médica/profissional/técnica de se fazer algo cuja lei impede, como é o caso da morte artificialmente provocada.

7.3 PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

O primeiro entendimento acerca de justiça é que esta possui direta relação com algo que é devido a alguém, algo que, de alguma maneira, é pertencente ou corresponde. Sendo assim, a relação de correspondência entre pessoa, benefício ou responsabilidade na comunidade acaba por criar uma questão de justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 138).

Diferencia-se dos três princípios anteriores, por apontar maior relação a enfatizar o papel da sociedade e dos movimentos sociais de organização da bioética (GUILHEM; DINIZ, 2002, p. 50).

Seguindo a mesma lógica, a injustiça estaria manifestada com a negativa, omissão ou perpetração, a alguém referente a algo que lhe é devido, ou lhe corresponde como coisa sua. Traz-se a ideia de direito negado ou até por divisão de encargos de modo não equitativo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 138).

Quando se entra na seara da biomedicina, a referência da justiça de maior interesse é a “justiça distributiva”, que diz respeito à “distribuição equitativa dos direitos, benefícios e responsabilidades ou encargos na sociedade” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 138). Possui amplo espectro, atingindo áreas diversas, como a distribuição de recursos para as mais variadas necessidades sociais, a exemplo da saúde e da educação, além de interferir diretamente na distribuição de oportunidades na sociedade. Sobre esta, o problema surge quando os recursos se mostram escassos em oposição às necessidades múltiplas e recorrentes, ou seja, a distribuição acaba por se tornar incapaz de alcançar a todos, por conta da insuficiência dos bens.

A justiça envolve critérios a serem expostos, sendo o primeiro deles o critério formal da justiça distributiva. É o chamado princípio da justiça formal, tratado por Aristóteles como sendo o tratamento igual a casos iguais, enquanto desigual aos casos desiguais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 138).

Quanto ao uso do termo formal, este se dá por conta da falta de conteúdos concretos, não havendo indicação de onde se começa a consideração por igualdade e o momento em que esta resta cessada, limitando-se à defesa da igualdade quanto a características ou circunstâncias relevantes. Obviamente, o critério é insuficiente por si só, necessitando, assim, de critérios materiais de justiça distributiva (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 139).

Assim sendo, são considerados critérios materiais aqueles capazes de especificarem e identificarem caracteres relevantes para o gozo de um tratamento igualitário, ou seja, são aqueles destinados a preencher a estrutura vazia da formalidade.

É possível citar os seguintes princípios da justiça distributiva: (i) a cada pessoa uma porção igual; (ii) a cada pessoa segundo suas necessidades; (iii) a cada pessoa segundo seus esforços; (iv) a cada pessoa segundo sua contribuição; (v) a cada

pessoa segundo seu mérito; (vi) a cada pessoa segunda as regras de intercâmbio num mercado livre (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 139-140).

Ainda, Beauchamp e Childress defender a existência, em cada um dos critérios, de uma obrigação *prima facie*, cuja análise relacionada ao vínculo de importância não pode existir sem que se leve em conta as circunstâncias particulares ou a esfera da vida na qual o princípio será aplicado.

Desse modo, a necessidade dos critérios materiais está na identificação das propriedades ou características relevantes referentes aos direitos a um determinado benefício ou responsabilidade.

8 PONDERAÇÃO E NIVELAMENTO DE PRINCÍPIOS

Quando se fala em nível de princípios, não se admite a existência de ordem lexicográfica entre eles, partindo sempre de um mesmo nível *prima facie*. O que vai definir a sobreposição de um princípio em relação ao outro, então, é o caso concreto em análise, a partir das suas circunstâncias e consequências (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 153).

Porém, há autores que expõem entendimento diverso do assunto, pensando, no campo bioético, que os princípios da beneficência e da autonomia governam um primeiro nível de máximas. A divisão proposta é baseada em princípios privados, encontrando-se os dois citados, e princípios públicos, incluindo a não-maleficência e a justiça. O campo privado encontrar-se-ia na primeira divisão dos princípios, enquanto os demais estariam pouco abaixo (FERRER; ALVAREZ, 2005, 154-155).

Tal pensamento será mantido graças a sua importância em momento futuro do presente capítulo, onde será discutido o critério ponderativo de princípios. Adiantando um pouco o tópico, a busca será, em suma, pela maximização do bem, juntamente com o maior afastamento possível do mal.

Quando se fala em princípio, pensa-se, em algum momento, em uma ampla margem de indeterminação. Isso acaba gerando a necessidade de especificação para gerar utilidade para a vida moral, uma vez que a deliberação moral versa sobre as coisas concretas. Por esta razão, deve-se proceder a tradução dos princípios, resumindo-os em normas de particularidade concretas, dotadas de conteúdo concreto.

Ao processo de concretização das máximas se dá o nome de especificação. Ainda, pode ser definida como processo de redução de indeterminação das normas abstratas, dotando-as de conteúdos aptos a guiar ações concretas.

Para exemplificar e, de logo, aproximar um pouco a discussão do tema central do trabalho, de nada valeria apenas dizer que o preceito proíbe causar danos em uma discussão acerca da eutanásia.

No fundo, se resume ao processo de depuração voltado ao desenvolver de significado e alcance dos princípios e normas gerais, de maneira a resguardar os valores e as

normas morais pessoais ou de uma comunidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1998, p. 143).

É de fundamental importância para a vida moral, fazendo-se necessário em todos os sistemas morais e jurídicos. Se trata da aplicação pensada e inteligente da principiologia nas situações concretas, garantindo, assim, coerência com o universo normativo e princípios morais.

A ponderação de princípios é o que valida toda a idealização e conhecimento acerca dos princípios. É algo necessário para determinar a base a ser utilizada na situação concreta, supondo um juízo a respeito do peso de uma máxima diante de um caso (FERRER; ALVAREZ, 2005, 144).

A doutrina considera que a especificação da máxima é fundamental para a atribuição de significado próprio, através de processo deliberativo, porém não exclui a possível ponderação a andar lado a lado com o quanto destrinchado. Esta, por sua vez, encontra a sua utilidade na avaliação de casos individuais (FERRER; ALVAREZ, 2005, 144-145).

Para a compreensão do tema, a doutrina entende como indispensável o estudo do conceito de vinculação *prima facie* das normas. A questão é encontrada na quarta edição de *Principles*, partindo da ideia de ser a obrigação capaz de vincular uma coletividade enquanto não for ultrapassada por outras obrigações morais (FERRER; ALVAREZ, 2005, 145).

A partir disso, busca-se critério para decidir em relação a questões envolvendo valores ou normas concretas que devem prevalecer em dadas análises. No caso, o critério eleito é o da índole consequencialista, pregando a escolha da norma ou princípio *prima facie* que maximize o bem na situação (FERRER; ALVAREZ, 2005, 145).

Sempre buscando o link dos temas expostos com a questão central a ser tratada, o que está se tentando defender ao longo do trabalho é a maximização da situação de bem-estar a partir do ato partido da expressão da liberdade pessoal. Entende-se, para os casos críticos de saúde, que, caso expresse a vontade, o fim provocado da vida representaria um alívio ao enfermo, físico e psíquico, sendo a expressão máxima da vontade na busca pelo bem individual.

Sendo o critério escolhido o da índole consequencialista, devendo o sujeito optar pela maximização do bem na situação, busca-se o maior diferencial possível entre bem e

mal. Há, então, um cálculo pessoa entre o processo a trazer mais benefícios, subtraído da face negativa advinda da escolha (FERRER; ALVAREZ, 2005, 145).

9 TUTELA DA SAÚDE NO BRASIL

Considera-se a questão legal da saúde como direito em constante ascensão, com a crescente busca pelos meios passíveis de garanti-la, ou seja, a busca pela efetividade (TEIXEIRA, 2010, p. 9).

Logo de cara, é de amplo conhecimento a disposição da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual, em seu art. 25, assegura à toda pessoa um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família a saúde e o bem-estar (TEIXEIRA, 2010, p. 9). Ainda, sob uma perspectiva não individual, a Convenção Americana de Direitos Humanos traz uma série de normas que tutelam direta e indiretamente a saúde, a exemplo do art. 4º, § 1º,¹ que prevê a proteção à vida, e o art. 5º, § 1º² e § 2º³, que tratam do direito à integridade pessoal (BRASIL, 1992; TEIXEIRA, 2010, p. 10).

Quando se fala em Brasil, as Constituições nem sempre trataram da saúde de maneira direta. As Constituições de 1824 e 1891 não possuíam norma expressa sobre a saúde. Já a Constituição Federal de 1934 se importou em dispor acerca do tema, sendo a primeira a abordar o assunto, quando, naquele momento, se referia à competência para legislar. A Magna Carta de 34 serviu de exemplo para futuras Constituições (1937, 1946, 1967 e Emenda Constitucional de 1969), que, de igual modo, limitaram-se à previsão da competência legislativa (TEIXEIRA, 2010, p. 11-12).

Apesar das disposições constitucionais, a saúde somente recebeu tratamento diferenciado com a Constituição Federal de 1988, tratando da tutela à pessoa humana. Foi ela que qualificou expressamente o direito à saúde como direito social, tratando-a de forma direta, como direito social, pelo art. 6º, e indiretamente pelo art. 5º, quando da proibição da tortura e tratamentos degradantes (TEIXEIRA, 2010, p. 12, 16).

No campo civil e penal, a ideia de saúde se limitava à defesa da integridade física, sendo entendida como direito da personalidade a partir de 88. A saúde era vista como bem indisponível, mesmo que em opinião contrária ao paciente, mas, com o passar

¹ “Toda pessoa tem direito a que se respeite a sua vida. Este direito estará protegido por lei e, em geral, a partir da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”.

² “toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral”.

³ “Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade será tratada com respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

dos anos e com a ação da Organização Mundial de Saúde, a ideia por trás da máxima passou a ir além do âmbito físico, abrangendo, também, a integridade psíquica e social. A interação entre as duas faces demonstrou avanço ao conceito em discussão (TEIXEIRA, 2010, p. 22).

Em se tratando do psíquico, pensando na saúde a partir dos princípios do ordenamento pátrio, não basta conservar a integridade mental, mas também o resguardo da existência biológica. A face humana psíquica é considerada íntegra quando possível o livre desenvolvimento da personalidade, encarando a pessoa como uma unidade: corpo-mente (TEIXEIRA, 2010, p. 22).

A doutrina encara a saúde como direito individual do cidadão, visando o bem-estar físico e mental, a partir de um modelo de prevenção da saúde, dando condições igual de elevação da expectativa de vida, bem como a qualidade de vida.

A ideia de saúde enquanto resguardo da unicidade psíquica é reconhecida quando se introduz a discussão que considera o sujeito como indivíduo com um fim em si mesmo.

O fato de a Constituição tratar o direito à saúde como direito social serve de afirmação implícita do caráter de direito fundamental, concebido como meio para a redução e/ou supressão de desigualdades, sendo possível, apenas, com a participação ativa do Estado no sentido de combater vulnerabilidades e hipossuficiências.

A classificação enquanto direito fundamental significa fazer parte do conjunto de direitos da pessoa humana, os quais visam assegurar o essencial para a realização e desenvolvimento digno da pessoa.

O tratamento dado à saúde é como direito subjetivo público, sendo assim, se faz exigível ao Estado, vez que confere ao seu titular uma pretensão, ao mesmo tempo que impõe um dever jurídico ao “devedor” da pretensão.

10 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE

De quem é o corpo? A pergunta carrega a resposta para a discussão principal travada. Responder ao questionamento é o meio para que se possa avançar no debate acerca da vida e da sua disposição.

Considera-se o corpo pertencente à própria pessoa, devendo ela escolher pelo melhor destino a ser percorrido, dentro das suas ambições e desejos. Indo por esse meio, o corpo não é considerado intocável, sendo objeto do poder de disposição (TEIXEIRA, 2010, p. 52).

Corpo e saúde possuem vinculação direta, em especial, quando se fala em integridade física. Porém, cabe destacar que a principal discussão a ser travada corre muito no plano da tutela da integridade psíquica. Enquanto a integridade física diz respeito a existência corpórea e vital, a integridade psíquica se mostra fundamental para que se enxergue uma vontade válida o suficiente para que a expressão da liberdade produza efeitos no mundo jurídico (TEIXEIRA, 2010, p. 52-53).

Por que se fala em validação da vontade? O principal, neste momento, é solidificar a ideia de que a autonomia, convertida em vontade válida, permite a preservação *lato senso* da saúde, mesmo quando há abalo na integridade física. A saúde é tutelada, preservada, promovida e garantida quando o sujeito detentor de discernimento determina o rumo para a sua própria vida, a partir de um leque de opções possíveis e pessoalmente aceitas (TEIXEIRA, 2010, p. 54).

Com base nisso, pode-se dizer que a recíproca também contém verdade. Assim, caso lesionada a integridade física, sem que exista permissão individual válida, renunciando à faceta mental do ser humano, não há preservação do que se vê por saúde, representando ofensa ao equilíbrio psíquico, bem como da autonomia corporal (TEIXEIRA, 2010, p. 54-55).

Deste modo, a lesão à integridade nem sempre configura ofensa à saúde, mas pensar no corpo como um todo é lembrar da saúde, através da garantia da autonomia (TEIXEIRA, 2010, p. 54).

Quando se fala em saúde e autonomia, engloba-se, para além das figuras do corpo e da mente, o tipo maior, que é o direito à vida, tomado como aspecto de referência.

Ocorre que na tutela da saúde, pensada a partir da autonomia, fala-se em integridade física para além da existência com vida, uma vez que esta jamais pode se apresentar como um dever, mas sim como um direito a ser gozado (TEIXEIRA, 2010, p. 56).

Falando rapidamente da esfera da vida, quando se toca no assunto de maneira séria e pensada, é necessário destacar a indispensável presença do discernimento, da competência e da autodeterminação em relação a própria esfera corpórea. Em resumo, o que importa é a identificação do poder pleno de governar o próprio corpo e a própria saúde (TEIXEIRA, 2010, p. 56).

Assim como exposto anteriormente, a eutanásia é tema debatido desde a antiguidade, demonstrando grande divergência entre as partes ao longo da história (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 31).

Falando-se em eutanásia, é impossível afastar o tema das profundas indagações éticas e jurídicas, com a polarização dos princípios da dignidade humana e da autonomia, atuando conjuntamente no embate com a grande máxima fundamental de proteção à vida, em defesa da manutenção da vida enquanto existir qualidade individualmente reconhecida nesta (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 31).

A palavra autonomia, por si só, já se mostra capaz de demonstrar o que se busca com a discussão a ser travada. A indicação por trás da palavra é de uma capacidade humana resumida na criação das próprias leis capazes de reger a própria vida, a serem compartilhadas com os semelhantes, ou até a capacidade de escolher a submissão a determinada lei. Em resumo, fala-se na indicação da escolha pela maneira de visualização e entendimento da própria vida, seja no plano do individual ou na esfera da coletividade (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 36).

Quando assegurados os direitos constitucionais à vida, à liberdade e à dignidade, fala-se em autonomia enquanto meio para o exercício dos princípios, sendo necessária a ponderação de todas as questões envolvidas para que se crie uma discussão relevante em defesa ou combate à grande questão. Aduz-se ser a autonomia um ponto de expressão da liberdade (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 31, 36).

O conceito central de autonomia possui forte ligação com a antiguidade grega, onde o termo fazia referência à condição humana de domínio do homem sobre si mesmo, domínio este referente não à vontade, mas ao conhecimento sobre os impulsos

sensíveis. Remete-se à ideia de expressão perfeita da vontade a partir do pleno conhecimento (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 34).

O entendimento da ideia se aperfeiçoou com o Iluminismo, ganhando expressão máxima na faceta moral com a sistemática de Kant, entendendo que a moralidade é a única condição capaz de garantir ao ser humano a unicidade, enquanto ser racional, caracterizado pela finalidade em si mesmo (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 35).

A ideia trazida por Kant era de uma autonomia moral, mas, posteriormente, foi discutida a autonomia enquanto manifestação do individual, defendendo um agir com base na própria liberdade de agir conforme o entendimento particular, incluindo todas as decisões concernentes à existência do indivíduo, inclusive àquela que diga respeito ao seu encerramento. A ideia da autonomia individual não elimina a moralidade de Kant, mas sim age como um complemento, levando o individualismo do pensamento à possível discussão moral, como é o caso da *boa morte* (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 35).

Muito se fala em plena consciência e agir coordenado por um estado de invulnerabilidade. A questão do ser vulnerável acompanhou o desenvolvimento da bioética, sofrendo alteração no seu entendimento na década de 80, acabando por ganhar um sentido mais amplo (NEVES, 2007, p. 35).

A vulnerabilidade passa a ser entendida como uma característica comum a todo existente, exprimindo a natureza do vivente. A natureza humana, por si só, é vulnerável.

Sendo a vulnerabilidade a condição universal do existente, separam-se os que mais podem, daqueles que menos detém o poder dado sobre a própria vida. A quem mais foi dado, mais será cobrado, sendo que, ao que mais foi dado, também é reconhecido maior domínio inalienável dos próprios passos, do agir moral, impondo mais responsabilidades como normas do agir moral (NEVES, 2007, p. 36-37).

O que se conclui é que, mesmo que alguns sejam mais “donos de si”, a vulnerabilidade é encarada como universal. Deste modo, é tida como constitutiva humana, de caráter irreduzível e inalienável, não podendo ser utilizada como fator de diferenciação entre as pessoas e populações (NEVES, 2007, p. 37-38).

Assim, o questionamento a se fazer é o seguinte: o quão grande pode ser a retirada de capacidade em uma pessoa considerada vulnerável por conta do próprio estado de saúde? Será que o autogoverno está passível de controle estatal por conta do abalo psíquico?

11 EUTANÁSIA

11.1 INTRODUÇÃO

Para dar início ao tópico, precisa-se dizer que eutanásia é um termo relativamente novo em seu sentido atualmente visto, adquirindo o presente sentido de abreviação de vida a partir de meados do séc. XX, com a II Guerra Mundial. Possui simples etimologia, partido dos termos *eu*, que advém do grego “bem” ou “bom”, acrescido da palavra *thanatos*, significando morte. Fazendo a junção dos termos (*eu + thanatos*) cria-se a expressão *boa morte* ou *morte fácil* (DRANE; PESSINI, 2005, p. 141).

A eutanásia consiste no ato de dar fim à vida de doente terminal, possuindo por finalidade abreviar a agonia e o sofrimento prolongados (RAMOS, 2017, p. 561). Frise-se o modo de operar da eutanásia, buscando dar fim ao sofrimento e a agonia, através de meios que não gerem sofrimento e agonia, ou seja, a morte ocorre sem a presença da dor, de maneira não brutal ou bárbara. O afastamento da dor se torna ainda mais possível com o desenvolvimento de novas tecnologias a serem usadas em favor não da ciência, mas da existência pura e plena (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 31).

Outra fonte doutrinária, em mesmo sentido, considera a eutanásia o emprego ou abstenção de procedimento com finalidade morte, de modo a apressar ou ser a causa direta da aceleração do fim da vida, com a clara finalidade de livrar a pessoa dos extremos sofrimentos que o assaltam (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 43).

Característica a ser apontada é a que faz referência ao estado de encontro do enfermo, podendo este, para que configurada a eutanásia, ser submetido ao procedimento estando consciente ou não (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 43).

A temática eutanásia envolve a discussão acerca do direito à vida e o direito sobre a vida, variante conforme a história e a geografia, não havendo, até então, univocidade de entendimento no plano dos costumes, da sociologia, da filosofia e da prática. Como exemplo, tem-se a cultura judaico-cristã, a qual o Brasil é herdeiro, contendo o

mandamento bíblico de proibição ao assassinato: não matarás (ASCENSÃO, 2009, p. 235).

A história é capaz de demonstrar o tema como de nascimento na antiguidade, com improvável visualização de consenso dentro das sociedades que a discutiram. A questão ganhou mais holofotes com a crescente medicalização da vida e da morte, no período moderno, em aliança com o desenvolvimento biotecnocientífico. Há grande envolvimento da ética e do direito para que se discutam as possibilidades em decorrência dos avanços capazes de levar o profissional da medicina a ter “controle” sobre o prolongamento e a abreviação da vida (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 39).

A temática é discutida, geralmente, por dois polos principais, ainda mais em se falando do Brasil, figurando do lado contrário à prática a ala religiosa (cristãos), enfrentando o grupo laico, com aceitação da eutanásia, ao menos, para alguns casos específicos. Ademais, dentro das tratativas referentes à quantidade e qualidade da vida, objetos do debate, são encontrados três paradigmas da prática médica brasileira: o tecnocientífico, o comercial-empresarial e o da benignidade humanitária e solidariedade, já vistos anteriormente (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 31, 39).

De igual modo, são facilmente encontradas as barreiras religiosas e ideológicas, criando um verdadeiro desafio na abordagem do tema, dificultando o debate sobre o assunto, esmo que muito presente na sociedade. Por outro lado, tem-se que a lei brasileira não prevê a prática da eutanásia, não havendo menção expressa ao tema por parte da Carta Magna de 1988 e do Código Penal de 1940 (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 4).

Apesar da não adoção pelo Brasil de lei direta e expressa, pode-se puxar lei de Estado próximo acerca do assunto. Assim, o Uruguai apresentou-se como pioneiro na questão, prevendo, no art. 37 do Código Penal 1934, a figura do *homicídio piedoso*. A lei trazia em seu corpo três requisitos de configuração, estabelecendo a apresentação, pelo médico, de currículo louvável, acrescido de justificativa plausível para o ato por razões piedosas e manifestação indubitável do paciente acerca do desejo de morrer (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 4).

Através da análise dos mais diversos diplomas universais, o que se encontra é a proteção e garantia do direito à vida, levando à não permissão do direito sobre a vida.

Outrossim, do mesmo modo que se discute a proteção da existência, surgem novos meios de combate da liberdade diminuta, com a contrária proposição da licitude do domínio sobre a vida, como se fora sobre a morte (ASCENSÃO, 2009, p. 235).

A missão essencial da medicina, em suma, é a de lutar contra a doença, buscando, em casos em que a vida esteja posta à mesa, o retardar mais possível da morte (ASCENSÃO, 2009, p. 235-236).

Ocorre que alguns casos apresentam uma feição diferente, onde a busca pela manutenção da vida se mostra, de certo modo, infundada ou incapaz de trazer bem-estar ao paciente. Há vezes que a busca pela manutenção pura e simples da vida acaba por gerar a desnaturaçã das próprias ideias de vida e morte (ASCENSÃO, 2009, p. 236).

Nesse contexto que se fala em contestação da manutenção artificial da vida que culmina em um prolongamento acompanhado da violação do morrer digno, para a perspectiva individualíssima de sujeito enfermo que assim enxerga o processo degenerativo enfrentado (ASCENSÃO, 2009, p. 236).

Deve-se atentar à questão da existência única de uma vida em situação indesejada, onde as técnicas e meios capazes de gerar o prolongamento do sujeito em terra não afastam a possibilidade de que a vida se manifeste sem dignidade para aquele que a vive. Os cuidados médicos e os avanços tecnológicos e técnicos da medicina são capazes de alcançar resultados positivos, do ponto de vista da manutenção da vida, porém negativos quando se olha para dentro de um ser a ser “mumificado” em razão da perpetuação de uma vida que, muitas vezes, não é gozada da maneira como a própria Constituição Federal de 1988, enquanto diploma garantidor de direitos fundamentais à existência, bem como tomando por base as crenças e desejos do enfermo (ASCENSÃO, 2009, p. 236).

De cara, pode-se questionar a real função da perpetuação da vida. Pode ser a vida de um indivíduo único mais desejada pelos ideais de uma coletividade do que pelo próprio indivíduo que a vive? Não haveria, neste momento, uma coisificação do ser humano, quando violada a sua autonomia e liberdade em relação a si mesmo e ao seu, talvez, bem maior?

O que se discute no momento é o encontro ideológico entre o direito de morrer com dignidade e a prática da eutanásia, em todos os sentidos, porém com foco maior na

intervenção direta e ativa de terceiro, cuja tradução se faz partindo da ideia de um homicídio sofisticado (ASCENSÃO, 2009, p. 236).

O cenário atual aponta para um abismo entre a morte natural e a morte provocada, principalmente quando se olha para o universo normativo, baseado em cultura, filosofia e pragmatismo. O que se pode influir, de prima, é que o cenário tende a mudar, tendo como prova as tentativas falhas de inovações normativas visando a liberdade e autonomia, bem como os indicativos de quebras culturais em diplomas reconhecidos e/ou novos, como é o caso do aborto e do feto anencefálico (ASCENSÃO, 2009, p. 236-237).

Mais adiante será tratada a figura da mistanásia, importante para que seja demonstrado o que a eutanásia não é e o que esta não quer buscar/representar. O que se pode adiantar é que enquanto a mistanásia se traduz na morte provocada e antes da hora, de maneira dolorosa e miserável, a eutanásia busca a antecipação do evento fim de maneira suave e sem dor, sendo este o motivo da atratividade do tema para grande número de pessoas (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 180).

Como dito anteriormente, o grande embate advém dos defensores da morte indolor e sem sofrimento, *versus* aqueles que enxergam barbaridade no ato, sob a ética do sacrifício de seres humanos enquanto ato atentatório da moral e dos valores de uma sociedade. Acerca destes, carecem de esclarecimento no sentido de estarem abertos aos avanços sociais e à evolução relacionada a padrões em constante mudança (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 180).

Há elementos éticos importantíssimos na discussão, podendo ser citados, de logo, a preocupação com o alívio da dor ou o seu tratamento, o respeito máximo a autonomia da pessoa e o resguardo da sua dignidade. Por outro lado, pensa-se que os dois últimos tópicos ficam prejudicados pela existência de questão diretamente ligada à saúde, capaz de modificar a capacidade de decidir racionalmente acerca do agora (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 181).

Em resposta, faço a seguinte pergunta: se a decisão a partir da doença é questão tão relevante para a discussão, por que não se admite, então, a eutanásia a partir do testamento vital a ser feito em plenas condições de expressar perfeitamente a vontade? Será que o argumento acima é mera tentativa de justificar o congelamento cultural?

Parte da resistência que se tem com a ideia parte da ideia óbvia por trás do ato, que é a da eliminação da dor a partir da eliminação do portador daquela dor. Há um conflito relacionado ao grande objetivo de proteger a dignidade da pessoa através do combate incisivo ao sofrimento e a dor (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 181).

Referente a isso, os códigos de Deontologia Médica de 1931 e 1945 posicionaram-se de forma incisiva no sentido da desaprovação da eutanásia ou, em outras palavras, de qualquer conduta que leve ao resultado extremo, a morte. A partir do Código de 1945, os códigos brasileiros deixaram de adotar a terminologia eutanásia, mas continuaram reprovando a morte proposital por mão de médico (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 181).

O Código de Ética Médica de 88 dá continuidade ao quanto exposto, aduzindo, no art. 6º, que o dever do médico é de respeitar de forma absoluta a vida humana, atuando em benefício do paciente. Ainda, deve buscar meios de atuação que não gerem sofrimento físico ou moral, além de não usar os seus conhecimentos para o extermínio humano ou para atentar contra a sua dignidade ou integridade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 181).

É possível inferir que a preocupação com a vida e o afastamento da eutanásia são existentes, mas que as abordagens trazidas mudaram de modo a flexibilizar a ideia por trás do agir médico. A simples retirada do termo eutanásia possui grande significado na análise do tema. Ademais, percebe-se como o novo diploma, preocupada com o agir médico, como também com a garantia dos seus direitos fundamentais, deixou em aberto a discussão acerca do resguardo da dignidade humano, falando sobre o afastamento de atos que resultem em sofrimento moral, bem como daqueles que desrespeitem a sua dignidade.

A formulação escolhida pelo art. 6º do Código de 1988 vai muito além da concepção biologistas do ser humano, sendo a real afirmação da ideia exposta nos princípios da bioética, ao defender o tratamento benéfico ao paciente, afastando-o de uma medicina que gere sofrimento e que ofenda a sua dignidade e integridade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 181).

Porém, mesmo o texto primeiro sendo redigido de modo a gerar campo amplo de interpretação, o art. 66 do diploma médico de 1988 veda a utilização de meios de abreviação da vida do paciente, mesmo que a pedido dele.

Aliada ao texto, podendo-se dizer que serviu como base, mesmo que coadjuvante, a moral católica sempre foi expressa em igual sentido, considerando a eutanásia como violação grave da lei de Deus, moralmente inaceitável à pessoa humana (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 182).

Em resumo, partindo da ética médica e da teologia moral, o problema central da eutanásia não estaria alocado na tentativa de controle da dor, nem da defesa da dignidade da pessoa humana, mas sim no resultado morte como meio de varrer a dor (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 182).

Também, cabe dizer, neste momento de introdução ao tema, que o ato piedoso de antecipação do final da vida é encarado de maneira mais branda, mesmo que ainda visto como ato passível de punição. O art. 121, § 1º, do CP se incumbe de enquadrar indiretamente o ato como homicídio privilegiado, tendo em vista o relevante valor moral inerente à prática (RAMOS, 2017, p. 561).

11.2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA O ESTUDO DA MATÉRIA

11.2.1 Eutanásia ativa

A eutanásia ativa é a hipótese mais importante para o presente trabalho, mas configura a face mais frequente de todos os estudos e casos judiciais discutidos e apresentados pelos meios de comunicação (ASCENSÃO, 2009, p. 240).

Consiste no ato deliberado para a antecipação do final da vida, através de meios não cruéis ou bárbaros, calcado em forte base humanitária (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 41).

Possui previsão expressa no art. 121, § 1º, do Código Penal, e faz referência ao agir médico movido pela piedade perante pessoa doente em sofrimento e de cura clinicamente impossível, pondo termo aos dias de dor do paciente através da administração de substância letal. O ato leva à abreviação da vida no seu correr inexorável, não deixando-a alcançar o seu fim natural. Resumindo, é a atuação - intervenção ativa - que tem por resultado a interrupção da vida ou, em outras palavras, o “atrapalhar” do ciclo natural da vida (ASCENSÃO, 2009, p. 240).

11.2.2 Eutanásia passiva

A eutanásia passiva genérica consiste na morte como resultado da omissão de cuidados médicos. Pode comportar os tipos da distanásia e da ortotanásia (ASCENSÃO, 2009, p. 241). A interrupção livre de tratamento com finalidade à conservação artificial da vida carece de respeito, figurando como expressão da tutela constitucional da dignidade humana SCHREIBER, 2013, p. 58).

Frise-se que a omissão médica é proposital, devendo ser visualizado o abandono, ou escusa, de ação médica capaz de garantir a sobrevivida (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 41).

Um dos questionamentos advindos da omissão é se há crime em renunciar a tratamento inútil. A omissão quando não for possível resultado não subsume tipo algum, vez que não se pode falar em homicídio por negligência quando não se era mais possível exigir a busca por resultado capaz de afastar a morte (ASCENSÃO, 2009, p. 242).

Sobre o assunto, vários países entendem pela não necessidade de qualquer tipo de testamento vital referente ao não prosseguimento de tratamento inútil ou de prolongamento artificial da vida (ASCENSÃO, 2009, p. 242).

A omissão mais comum é a de não usar de meios artificiais, mecânicos ou químicos, para prolongar a vida. Se entende pela preservação do ser humano, pela não coisificação da pessoa, entendendo o processo como, além de inútil, degradante (ASCENSÃO, 2009, p. 242).

De igual modo, a interrupção dos meios artificiais de sobrevivência também é ato não incriminatório, sendo interpretado como a antecipação do momento da morte a partir da interrupção dos meios artificiais de sobrevivência, como é o exemplo do desligamento de máquinas (ASCENSÃO, 2009, p. 423).

Citada neste tópico, a ortotanásia, conhecida também como morte justa, morte digna, ou “arte de bem morrer” é o método de busca por dignidade através da ausência do prolongamento artificial da vida, de modo consentido pelo paciente, que permite a parada do uso de aparelhos ou terapias pelo médico responsável, evitando

sofrimentos desnecessários (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 41; RAMOS, 2017, p. 561).

É tida como a morte precedida por momentos de tranquilidade ou aquela que não se nega e não se esconde. A busca pela cura, tida por inútil, perde espaço para o cuidado com o enfermo, tratando a manutenção da vida como possível enquanto se apresentar como o procedimento correto (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 40).

Apontado no tópico, a ortotanásia é tratada por parcela considerável da doutrina como eutanásia passiva ou indireta, porém André de Carvalho Ramos não a considera como prática próxima com a eutanásia em sua face mais conhecida, a eutanásia ativa (RAMOS, 2017, p. 562).

Enquanto a eutanásia ativa se concretiza a partir de uma ação, de um ato partido do médico competente, a ortotanásia trabalha com a desistência médica dos medicamentos e terapias, não havendo perspectiva de reversão clínica do quadro em casos terminais (RAMOS, 2017, p. 562).

O ponto chave da ortotanásia é o abandono de métodos ineficazes e prejudiciais, quando não forem mais eficazes. O caminho para o alívio da dor é contrário ao da eutanásia, porém é possível perceber que o campo para atuação muitas vezes se apresenta como igual, sendo práticas discutidas quando enfrentados casos crônicos, cujos pacientes se encontram em situação grave de saúde, muitas vezes com incapacidades referentes à manutenção própria da vida (RAMOS, 2017, p. 562).

Apesar da divergência, não é a eutanásia o tipo encarado como completo oposto à ortotanásia, mas sim a distanásia, que visa prorrogar a qualquer custo a vida de um paciente incurável, ignorando o desejo pessoal e as expressões de agonia e de dor. De muito boa colocação, recebe o “apelido” de “obstinação terapêutica”. É a representação da busca pela ciência acima de tudo (RAMOS, 2017, p. 562).

O que se tem hoje é que a eutanásia passiva, ortotanásia, não é vedada pelo ordenamento jurídico. A prática é regulada pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1.805/2006, cujo entendimento vai no sentido da autorização do médico a renunciar aos cuidados terapêuticos e métodos disponíveis caso as práticas apenas possuam o condão de causar dor adicional ao paciente (RAMOS, 2017, p. 562).

Ocorre que a autorização careceu das mãos do direito para que prosperasse. Assim, o Ministério Público Federal do Distrito Federal ajuizou ação civil pública, no ano de 2006, a fim de impugnar a Resolução, sob a alegação de inconstitucionalidade e ilegalidade. A questão foi reavaliada pelo MPF, que entendeu pela não vedação da ortotanásia por instrumento legal algum. A ação civil pública contou com sentença improcedente, com fundamentação baseada na posição posterior emitida pelo *Parquet* atuante (RAMOS, 2017, p. 562).

Por fim, o Senado Federal aprovou o Projeto de Lei nº 6.715/2009, com conteúdo de exclusão do tipo penal de homicídio a ortotanásia (RAMOS, 2017, p. 562).

A regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina, todavia, não atua como modificação no ordenamento, mas como um norte dado ao exercício da autodeterminação do paciente, o qual, corroborando com o quanto exposto no tópico da dignidade da pessoa, decorre de uma proteção advinda a própria máxima constitucional (SCHREIBER, 2013, p. 58).

Por outro lado, entende-se a distanásia como a situação oposta à eutanásia, que consiste no prolongamento penoso e inútil do processo de morrer, possível através do uso dos meios tecnológicos da medicina. O processo resulta em sacrifício do bem-estar, onde é vista uma obstinação terapêutica, uma busca incessante pela confirmação da ciência construída por pessoas físicas, buscando a manutenção da vida por qualquer meio capaz de alcançar o resultado desejado, mesmo que prejudicial e penoso à saúde e ao psicológico do paciente, aprofundando características muitas vezes indesejáveis dos momentos finais em razão de doença (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 39-40).

11.3 EUTANÁSIA E CÓDIGO PENAL

Antes de especificar o assunto, é interessante trazer a relação dos direitos civil e penal com a vida humana, de maneira a tutelar o direito. A vida é considerada como bem acima de qualquer lei, com dívida total de proteção por quem quer que seja, inclusive o seu titular, a partir da frustrada consideração da máxima como inviolável e irrenunciável (DINIZ, 2017, p. 49).

Ainda assim, tratemos, nesta introdução, a vida enquanto bem intocável. Neste sentido, o Código Civil atual resguarda os direitos do nascituro, em seus arts 542, 1.609, parágrafo único, 1.779 e 1798, com proteção a ser conferida desse a concepção. Ademais, pensa na proteção ao direito de existência, com fundamento nos arts. 1.694 a 1.710, 948 e 950, e Leis n. 5.478/68, 8.971/94, art. 1º e parágrafo único, e 9.278/96, art. 7º. O Código Civil, mesmo que no âmbito privado, aponta claros indícios de respeito à vida enquanto bem maior, zelando pela sua guarda, também, ao responsabilizar civilmente o lesante em razão de dano moral e patrimonial por atentado à vida alheia (DINIZ, 2017, p. 50).

No âmbito penal, adentrando mais ao tópico, atentados contra a vida são punidos como homicídio simples (art. 121, CP) e qualificado (art. 121, §, CP), infanticídio (art. 123, CP), aborto (arts. 124 a 128, CP) e induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (art. 122, CP). O diploma penal garante proteção, a partir da não admissão de qualquer ato atentatório contra a vida, de ser humano em qualquer fase da vida, mesmo antes do nascimento, guardado o embrião, nascituro, recém-nascido, criança ou adulto, em qualquer que seja o estado de saúde físico e mental (DINIZ, 2017, p. 50).

Ocorre que a proteção é tida como regra, cabendo exceções capazes de quebrar a ideia de vida enquanto bem intocável em qualquer das situações. Há guarda do direito, salvo nas hipóteses legalmente previstas, admitindo ato contrário ao de proteger a existência quando agindo em legítima defesa, estado de necessidade, exercício regular de um direito, excluindo a ilicitude, e de aborto legal, extinguindo a punibilidade, vide art. 128, I e II (DINIZ, 2017, p. 50).

A existência da vontade do paciente faz a eutanásia ser chamada de homicídio a pedido da vítima, distinguindo-se daquele que a manifestação de vontade não concorreu. Há quem diga que a voluntariedade (manifestação de vontade do doente) tornaria o ato sinônimo ao suicídio assistido (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 42). Ainda que expressa a vontade, o Brasil escolhe por penalizar o ato médico que respeita a autonomia privada, representando uma forte escolha do legislador por se manter firme em seus ideais relacionados ao tema. Porém, a afirmativa surge a partir da tentativa de despenalizar o ato, seguindo o padrão evolutivo de países do mundo ocidental que optaram pela liberdade, como é o caso da Suíça (ASCENSÃO, 2009, p. 247). Deve-se atentar para a existência de um pensamento controverso dentro da

sociedade, tendo em vista as tentativas passadas, bem como a discussão ainda presente acerca do assunto, fortalecida pelos exemplos de mudança em países cujas bases apresentam semelhanças.

O que se pode inferir, logo de início, é que a eutanásia, seja ela ativa ou passiva, mesmo que presente a manifestação de vontade do paciente no sentido da aceitação da boa morte e com todas as circunstâncias levando a entender as razões humanas que levariam ao ato, não são capazes de inibir a lei penal (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 42).

Contudo, é necessária a análise de outros elementos para a subsunção adequada do caso ao tipo, podendo o ato de abreviação do processo morte implicar nos seguintes crimes: (i) homicídio; (ii) induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio; (iii) omissão de socorro (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 42).

A consideração do homicídio como sendo privilegiado, à face do art. 121, § 1º, do Código Penal brasileiro, se dá a partir da retirada da vida, matar, de maneira voluntária, porém compreensível. A morte dar-se-ia a partir de violenta emoção ou compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, diminuindo de maneira significativa a culpa (ASCENSÃO, 2009, p. 237).

Logo de cara, o Código Penal é capaz de demonstrar a desigual valoração social conferida aos dois crimes, tratando o homicídio simples com pena de reclusão de 6 (seis) a 20 (vinte) anos, conforme art. 121 do Código Penal, enquanto concede o chamado privilégio quando o ato de retirada da vida se dá a partir de um motivo aceitável, diminuindo a pena nas frações de 1/6 até 1/3 (ASCENSÃO, 2009, p. 237).

O legislador, no momento da criação do tipo, acabou por levar a eutanásia ativa ao entendimento de homicídio privilegiado, subsumindo o ato ao disposto no art. 121, § 1º, quando do resultado morte, de maneira dolosa, se dar a partir de motivo minimamente aceito, que, no presente caso, é a compaixão (ASCENSÃO, 2009, p. 238).

O que se leva em consideração quando se discute o enquadramento da eutanásia ativa enquanto homicídio privilegiado é a motivação por trás do ato, partindo da perspectiva de quem o pratica. Ocorre que a eutanásia, caso analisada de maneira mais profunda, parte da figura de quem é considerado vítima do crime de homicídio,

levando em consideração aquilo que se entende por sua vontade enquanto ser com finalidade única (ASCENSÃO, 2009, p. 238).

Enxerga-se um ato perpetrado de maneira inteiramente extrínseca, pois o que se vê é a realização de um terceiro, movido por compaixão ao ver e ser tocado pelo sentimento de outrem. O julgador deve afastar a personalidade do agente da ação, buscando o convencimento psicológico capaz de “justificar” a prática do ato, dominado por algum dos fatores anteriormente citados (ASCENSÃO, 2009, p. 238).

O domínio determinaria a diminuição da sua culpa e, conseqüentemente, da pena. Mas, será que é essa a discussão correta a se fazer?

No momento, o que se tem por parcialmente aceita é a ideia da não punibilidade do médico por omissão quando conhecida a ineficácia e inutilidade do tratamento. Mesmo assim, o assunto ainda é tratado com delicadeza, com a existência de defensores do prolongamento da vida como opção que sempre vale a pena, ainda que por meios artificiais, sob a máxima de que “se ainda há vida há esperança” (ASCENSÃO, 2009, p. 245).

11.4 TÓPICO DE DESENVOLVIMENTO - A PROBLEMÁTICA DA EUTANÁSIA

O abreviar da vida sempre será o ponto de referência para a discussão, partindo do risco de a conduta ser classificada como homicídio penalmente considerável e punível, tanto nos tipos ativo e passivo. No momento, a situação passa a ser a de suprimir o sofrimento e a dor, advinda da própria vida ou de tratamento degradante, abreviando a vida para que o objetivo final seja alcançado: garantir dignidade. Deste modo, confere-se a eutanásia no mais puro dos sentidos (ASCENSÃO, 2009, p. 244).

A busca pelo procedimento correto é problemática central quando o assunto é tratado, envolvendo os grandes temas tratados em todo o trabalho, passando pelas figuras da vida, da dignidade, da ética e da moral, chegando até a figura da autonomia (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 40).

Para a avaliação do procedimento correto é fundamental pensar no aceitável a partir da ética e da moral, partindo dos ideais principiológicos da dignidade da pessoa, passando, a partir dela, para a concessão e expressão da autonomia, a fim de que

seja afastado qualquer tipo de imposição a causar prejuízos ao particular em sofrimento. A autonomia é fundamento rei na busca pelo “tempo certo para morrer”, enquanto princípio diretamente relacionado à administração da própria vida (PEREIRA; MENEZES; BARBOZA, 2010, p. 40).

O sofrimento no fim da vida é o real desafio, ganhando novos contornos com os avanços da medicina e o poder das novas tecnologias que dão aos profissionais de saúde um maior campo de ação, agora que munidos com as mais diversas armas, capazes de prolongar e de encerrar a vida (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 171).

A conduta ativa é manifesta quando o médico se encontra envolvido no seguinte conflito: proteger a vida do paciente a qualquer custo, versus a defesa da sua vontade a partir de um “ponto final” no sofrimento. O debate ganha ainda mais valor quando se pensa na conduta médica a partir dos princípios da bioética, a citar a beneficência e a maleficência, guiando o agir do médico para a luta contra o mal que afeta o doente sob os seus cuidados, ou para a desistência de um agir fracassado, sem fim desejado e capaz de causar danos. A ética médica ainda define, indiretamente, que o agir técnico não deve hesitar a diminuição do sofrimento, apesar da convicção de ser o destino do paciente a morte, caso submetido a determinado procedimento (ASCENSÃO, 2009, p. 244).

O ponto de aproximação entre os dois lados da discussão acerca do tema se dá quando introduzida a ideia da preservação e respeito da dignidade da pessoa humana. Tal fato importa como demonstrativo de embate relacionado aos meios, mas não em relação ao fim do ato, podendo ser confirmado, em questão semelhante, a partir da escolha do legislador por não punir a pessoa que falhou em cometer suicídio (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 171).

Outrossim, dentro do ponto de convergência há divergências relacionadas ao que se entende por “compromisso com a defesa da dignidade da vida humana”, mas é aceito que deve haver busca por uma ética de respeito à condição humana e aquilo que é benéfico e correto nos diversos momentos da vida e da morte. Converte-se, assim, na ideia de bem-estar como necessário à dignidade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 171).

Certas situações que culminam em morte são entendidas pelo Direito Penal como figurando sob o campo do estado de necessidade desculpante, ou seja, resulta em exclusão da culpa, não podendo haver crime. O que ocorre é perceber se a medicação perigosa é ou não admissível, tomando por base a existência de medicamento capaz de gerir a situação de modo a produzir menores danos, do ponto de vista físico. Assim, não se fala em ausência de culpa quando utiliza-se de medicamento que atente contra a vida, sendo disponível medicamento que apazigue a dor sem inferir nessa (ASCENSÃO, 2009, p. 244-245).

Ocorre que a eutanásia – sentido amplo – se preocupa com a maneira mais adequada de morrer, priorizando a qualidade da vida humana na sua fase final, através da eliminação do sofrimento, diferindo, por exemplo, da distanásia, que se dedica ao prolongamento máximo da quantidade da vida (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 172-173).

Morte é o ponto de partida da discussão. Fala-se em morte artificial quando se vê fortes dores e sofrimento psíquico e espiritual.

A história apresenta a chamada e desejada morte natural por velhice, mas não ignora a indesejada morte natural por doença, base da atual discussão. Insta que ambas fazem parte da vida, fugindo do controle humano (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 173).

Por outro lado, a história também traz a morte violenta, aperfeiçoada durante os séculos, alcançando requintes de perversidade e capacidade de execução cada vez mais abrangentes e certos. Muito do que se pensa negativamente em relação ao tipo discutido possui ligação com a violência, transformando a mão curadora do médico em mão assassina (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 173).

Dito isto, é importante frisar que há diferença entre a morte referida, terapêutica e com fim na dignidade individual, das outras formas de morte violenta, acidentais ou propositais (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 173).

Muito disso vem da evolução da medicina, reduzindo as limitações existentes diante da morte. No período pré-moderno, o médico possuía severas limitações em relação ao tratamento de pessoa em estado final, tendo, muitas vezes, o papel de acompanhar o paciente nas fases avançadas, atuando para aliviar a dor e confortar o enfermo. O médico assumia, como já tratado, um forte papel paternalista, muitas vezes ligado à

figura da igreja e acompanhado dos ritos religiosos, surgindo uma parceria entre médico e líder religioso voltada à tentativa de tranquilizar a morte (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 173).

A modernização da medicina veio acompanhada de novos meios de praticar ciência, com novas atitudes e abordagens diante da morte. A medicina passou a se orgulhar dos avanços capazes de combater doenças e feridas antes letais. O problema surge quando do orgulho surge a arrogância, e da arrogância surge a morte, tornando-se um novo inimigo a ser vencido (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 173).

Da ideia de orgulho médico e tentativa e erro, pode-se introduzir o princípio do duplo efeito da eutanásia. O princípio surge da ideia do comportamento advindo da compaixão, encarado como sentimento que enobrece a pessoa. O agir baseado em compaixão é encarado como postura médica louvável quando se administra o uso de medicamento para aliviar a dor. Por outro lado, a mesma compaixão não é digna dos mesmos olhares quando leva o profissional a atender os desejos do paciente de modo a levá-lo a perecer.

O princípio parte exatamente desse ponto de vista, aprofundando-se na ideia por trás da figura da espada de dois gumes. A compaixão louvável, posto em mesa pessoa em estado crônico, leva o médico, por exemplo, a aplicar analgésicos com a finalidade de aliviar a dor e mitigar o sofrimento, controlando o remédio em doses não-letais, porém capazes de trazer efeitos colaterais que acabem por reduzir a vida esperada para aquela pessoa.

Percebe-se que o ato de compaixão segue diferente caminho, mas alcança, em vezes, fim semelhante. A “administração da morte” leva o ser humano pela estrada que alivia a dor em um primeiro momento, mas que encurta a vida. Por outro lado, a eutanásia encerraria a vida, para depois aliviar a dor.

O que ambos os meios têm em comum? A prática de atos com o fim no bem-estar individual, partindo da expressão de um incomodo físico e/ou psíquico.

Algo que também precisa ser dito, como argumento favorável à toda a defesa e proteção ao princípio norteador do ordenamento brasileiro, é que o Código Penal foi elaborado muito antes da Constituição Cidadã, em 1940, estando, deste modo, inserido no contexto social da primeira metade do século XX. Assim, a construção legal não restou acompanhada da forte “pressão” garantidora de direitos

fundamentais, característica príncipe da Carta Magna de 1988 (PEREIRA, MENEZES, BARBOZA, 2010, p. 42).

11.5 EUTANÁSIA SOCIAL

O ponto de inspiração para o trabalho, como dito inicialmente, é o da vivência com o lado oposto da discussão, protagonizado por pessoa ocupante de parcela minoritária da sociedade, com plenas condições financeiras e sociais de cuidado, contando com o apoio indispensável da base familiar, acrescida dos recursos monetários capazes de garantir dignidade.

A eutanásia social, diferente do que o nome sugere, é a morte miserável fora e antes do seu tempo, recebendo a nomenclatura de mistanásia. Por outro lado, a eutanásia, apelidada de boa morte, intenta um ato de misericórdia, através do fim da vida bom, suave e indolor (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 174).

A ideia de suavidade e ausência de dor não estão presentes na mistanásia, mas o que interessa é o porquê disso. Assim é que é devida a informação de que a América Latina apresenta casos de mistanásia, em sua maioria ligados a omissão de socorro estrutural. Do que se trata? Se trata da ausência do estado em momentos terminais, mas não apenas nestes, atingindo milhões de doentes, que encontram precariedade de serviços de atendimento médico, apresentando-se em situação em que as suas deficiências físicas e mentais ou doenças poderiam ser tratadas, mas, por conta de uma falha estrutural, acabam morrendo antes da hora, após sofrimentos que vezes seriam evitáveis (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 174-175).

Fatores geográficos, sociais, políticos e econômicos trabalham conjuntamente para espalhar pelo Brasil a morte miserável e precoce de crianças, jovens, adultos e anciãos. Os fatores incluem a fome, condições precárias de moradia, falta de água limpa, desemprego ou condições bizarras de trabalho, contribuindo para a falta de saúde e morte (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 175).

Tem-se a impressão de que a realidade é resumida em um “salve-se quem puder”, onde os planos de saúde particulares são a saída para aqueles que podem os ter, enquanto aqueles que beiram o nada colhem a miséria advinda da pobreza. Aqui não

se discute se a alternativa para a pobreza deve ser a morte. Longe disto. O que se busca é demonstrar como a morte precoce se apresenta como fato, como a “possibilidade” para o doente pobre, que não é tido, muitas vezes, como paciente. Combate-se a eutanásia, ao passo que são deixados de canto, em quartos escuros, embaixo de pontes, em locais insalubres, aqueles que menos possuem. Em contraponto, questões como a eutanásia e a distanásia apenas são passíveis de discussão para cidadão que realmente assim são vistos, encarados como os verdadeiros pacientes. Em resumo, a eutanásia enquanto boa morte é eticamente detida, mas a eutanásia social pode se fazer presente, tendo em vista a sociedade não possuir recursos financeiros capazes de garantir qualidade no atendimento (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 175).

Quando se coloca o tema no papel, o debate em pauta, demoniza-se a ideia de morrer de forma desejada, porém antes do tempo. Outrossim, quando as condições miseráveis da vida adiantam o processo, retirando ainda mais a dignidade, a temática é encarada de maneira “normal”. O simples mudar dos termos e das perspectivas se mostra capaz de maquiar a realidade, mas não maquia o sofrimento de quem vive e que, ao menos em um momento, merece ser tratada de forma a resguardar a sua individualidade e dignidade.

Até o momento foi posto o foco na omissão, mas a eutanásia social pode ir além da conduta omissiva, podendo se apresentar em sua forma ativa. Quando se fala no tema, é importante voltar ao dito dois parágrafos atrás, acerca da temática não girar em torno da eutanásia enquanto meio voltado a eliminação dos mais pobres, sendo exatamente este o ponto de abordagem da mistanásia ativa. Antes de que seja tratada, é fundamental reiterar que a defesa aqui feita gira em torno de qualquer ser humano que lute pela sua dignidade até o último suspiro (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 175).

A mistanásia ativa é lembrada quando se fala na política nazista de purificação racial, baseada na ciência, onde pessoas consideradas defeituosas ou indesejadas deveriam ser eliminadas. À época, eram assim considerados os homossexuais, doentes mentais, ciganos e judeus. A mera subsunção já se mostrava como capaz de justificar o extermínio, não precisando haver doença terminal (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 175).

Os campos de concentração exemplificam a eutanásia social ativa, cujos seres humanos eram meras cobaias da ciência e seres descartáveis. O Brasil se afasta desse tipo de ato, possuindo a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, adotando medidas para garantir integridade e dignidade de seres humanos sujeitos a experimentos científicos (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 176).

A Resolução busca afastar o abuso de vulneráveis, contando com a forte mão do Código de Ética Médica na defesa dos pacientes crônicos ou terminais, com proibição da experimentação das suas vidas (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 176).

Daqui se retira a necessária barreira existente para evitar que a boa morte se torne instrumento de injustiça social e que o ser, a ser encarado como digno e único, se torne mero objeto de pesquisa. Abortar a face ativa é de grande valor para diferenciar o ser humano enquanto objeto e enquanto alvo de um extermínio, da pessoa a ser tratada enquanto digna de respeito e de um direito que garanta a sua autonomia, liberdade, proteção à dignidade e vida.

12 CASO NANCY CRUZAN

A exposição do caso Nancy Cruzan tem o único e exclusivo objetivo de demonstrar o tratamento jurídico dado à pessoa vítima de acidente e incapaz de viver de maneira desejada e normal. Dentro disto, é buscado expor a linha de pensamento legal, utilizada por país detentor de certa igualdade por razão de uma moral religiosa similar em sua base de colonização e formação social.

O caso Nancy, a ser exposto a seguir, demonstra o entendimento do Estado Americano pela existência de um Direito adaptável aos casos concretos, corroborando com o quanto exposto em capítulos anteriores, no sentido da impossibilidade de abordagem da questão eutanásia de forma matemática, como se houvesse fórmula capaz de resolver todo e qualquer caso envolvendo o conflito vida *versus* dignidade e liberdade/autonomia.

Ante o exposto, o caso Nancy Cruzan diz respeito à tentativa de resolução de grave questão de saúde ligada à Nancy Cruzan, 25 anos, após ser vítima de acidente automobilístico que resultou na perda da sua consciência, com permanência das funções vitais. Nancy permaneceu em coma por três semanas, em um hospital no Missouri, Estados Unidos da América, configurando o dito *estado vegetativo permanente* (SCHREIBER, 2013, p. 56).

Por conta das circunstâncias que a acompanhava, a sua família deu início a longa luta judicial em busca da defesa da vontade particular da vítima, pleiteando a retirada do tubo alimentar, levando-a a falecer. A ação judicial promovida alegava a ausência absoluta e expressa, quando em plena capacidade, de vontade de Nancy Cruzan em dar continuidade à sua vida caso acometida por doença grave ou qualquer circunstância que a deixasse em estado vegetativo. De início, demonstrando a variedade de entendimentos, o juiz de primeiro grau acolheu o pedido, porém a Suprema Corte do Missouri entendeu, em um primeiro julgamento, pela ausência de prova clara e convincente que levasse o juízo a concluir ser esse o desejo dela (SCHREIBER, 2013, p. 56).

Da decisão houve recurso da família, em ato que serve como demonstrativo da flexibilidade do direito, não querendo fazer comparação direta entre os direitos brasileiro e americano. O recurso da família foi negado, sob o fundamento, por parte

da Suprema Corte dos Estados Unidos, de competência e liberdade do Estado do Missouri para exigir qualquer prova de formalização da vontade da paciente para que possível a interrupção do tratamento médico (SCHREIBER, 2013, p. 56).

Mesmo com a negativa ao recurso, pode-se retirar da fundamentação da Suprema Corte Americana o reconhecimento, por maioria dos membros, do direito constitucional à interrupção de tratamento médico acompanhado da finalidade de manter em vida pessoas em estado vegetativo, caso preenchidos os requisitos formais exigidos pelo Estado (SCHREIBER, 2013, p. 56).

O caso dividiu a opinião da sociedade norte-americana, encerrando em 1990, com apresentação do caso à Corte do Missouri, munido com novas provas, levando a Corte ao acolhimento com base na intenção inequívoca de Nancy. Como fruto do julgamento e do respeito a sua autonomia e dignidade, Nancy foi enterrada no cemitério de Carterville, sob uma lápide contendo a marcante frase: “nascida em 20 de julho de 1957. Partiu em 11 de janeiro de 1983. Em paz em 26 de dezembro de 1990” (SCHREIBER, 2013, p. 56).

A frase cravada na pedra é uma pequena demonstração do sentimento daquele que entende/enxerga a vida dessa maneira. A morte cerebral apenas aconteceu em dezembro de 1990, porém o momento é descrito em sua história como o alcançar da paz e não o findar da vida, considerado a partir da decretação do estado vegetativo. O caso demonstra a busca incansável de uma família pelo bem-estar de seu familiar em estar indesejado, entendendo a situação como absoluta ofensa às bases pessoais para o gozo pleno da vida, impossibilitando-a de ser continuada.

O caso é capaz de resumir de maneira quase perfeita a defesa construída ao longo de todo este trabalho, partindo do entendimento de um direito maleável, passando pela figura da vida enquanto inviolável quando vista e vivida aos olhos da dignidade, terminando com a abertura da questão para a análise jurídico quando demonstrados os requisitos de quebra do *bem maior* a ser tutelado.

Casos como este são discutidos no Brasil partindo do ponto de vista moral, cultural e religioso, como também alcançam divergências na ala penal, com a consideração do ato a figurar como homicídio privilegiado (entendimento predominante), passando para aqueles que entendem pela ausência de norma a respeito, tanto na lei civil, quanto na lei penal (SCHREIBER, 2013, p. 56-57).

13 CASO TERRI SCHIAVO

O caso Terri Schiavo figura como um dos maiores marcos históricos do mundo ocidental, em se tratando da eutanásia. A sua história foi amplamente divulgada na mídia, sendo capaz de comover aqueles a quem alcançou, servindo para acirrar as divergências éticas de compreensão daquilo que é tido como vida boa para cada ser individualmente (SÁ; NAVES, 2006, p. 330-331).

Terri viveu por quinze anos em estado vegetativo, tendo em vista ter o seu córtex cerebral destruído pela falta de oxigênio advinda de uma parada cardíaca. De acordo com os médicos, a lesão era irrecuperável, embora a vida biológica pudesse ser mantida por vários anos (SÁ; NAVES, 2006, p. 331).

Terri, sendo incapaz, teve como guardião de seus interesses o seu marido, Michael Schiavo, o qual foi o responsável por pleitear, judicialmente, a retirada da sonda de alimentação e hidratação. Após longa batalha judicial, envolvendo Michael, representando Terri, e os genitores desta, o Judiciário determinou a retirada dos tubos, culminando na morte por inanição e desidratação (SÁ; NAVES, 2006, p. 331).

No caso, do ponto de vista jurídico, surge a dimensão da justificação, onde o primeiro aspecto jurídico que deve ser abordado é o da autonomia da vontade. Como não deixou testamento biológico, ao marido foi dada a capacidade de representar a sua vontade, a qual justificou a falta, por completo, de vontade de viver sem consciência, apenas em estado vegetativo, estando presente em corpo, mas ausente em mente (SÁ; NAVES, 2006, p. 331).

O caso expôs que a construção principiológica original, no sentido de vida como bem indisponível se fragiliza a partir das concepções distintas do que é vida boa. Mesmo no ocidente, onde a religião cristã detém domínio numérico, há casos de objeção de consciência, onde as próprias convicções fundamentais para diferir o que se entende por desejo quanto a vida e a morte. Quando se olha a realidade de tal maneira, inclui-se a ideia de autonomia às percepções (SÁ; NAVES, 2006, p. 332).

Por meio de uma interpretação hermenêutica, houve possibilidade de argumentar, mesmo sem expressão verbal da pessoa com domínio do bem vida, que não era aquele tipo de vida que a paciente queria desfrutar. Percebe-se que, em momento

algum, o caso discute a vontade do marido em manter a sua esposa viva ou não, sendo ele figura encarada como mero instrumento para a expressão da vontade da sua parceira (SÁ; NAVES, 2006, p. 332).

Parcela da doutrina assume o posicionamento de que não há diferença finalística entre os meios que levam à morte, tendo em vista que o resultado fim é sempre igual. O que deve ser interpretado é o meio que levou ao fim, observado, no caso apresentado, o resguardo da autonomia privada da enferma (SÁ; NAVES, 2006, p. 332).

Assumir a conduta contrária à vontade da paciente, Terri, equiparar-se-ia com o impedimento do direito de buscar a dignidade e do exercício da liberdade/autonomia. Não se tem aqui uma questão de gosto – “eu gosto mais disso, eu gosto mais daquilo” – mas uma questão de direitos e deveres, até porque são pessoais as ambições que o direito permite-nos construir para nós mesmos (SÁ; NAVES, 2006, p. 332).

14 CONCLUSÃO

Tudo o quanto foi exposto foi fundamental para que se pudesse construir uma tese capaz de demonstrar que, em dados casos, há importância muito maior na defesa da pessoa em sua totalidade, abrindo, quando necessário e permitido, mão do bem tido como bem maior para a maioria da doutrina.

Há que entenda que o bem maior é a vida, quando vier acrescida de fatores necessários à plenitude desta, como é o caso da dignidade, que da margem à saúde.

Pessoas diariamente enfrentam situações de extrema dificuldade e fortemente indesejadas. Quando tais situações atingem o campo da saúde, impedindo o gozo pleno de todas as capacidades disponíveis ao ser humano, pode-se iniciar uma discussão sobre a real necessidade de aquela pessoa ser mantida em vida, não sendo esta a sua vontade.

Fala-se em vulnerabilidade do enfermo, quando, em momentos de angústia, mune-se de sentimentos negativos e desesperadores capazes de sustentar a busca pelo inimaginável. Ocorre que a vida é momento, sendo as demonstrações ao longo da existência capazes de sustentar uma ideia de exposição nova, com traços de pequena existência em momentos passados.

Não é devido o sustento de ideal baseado em crenças ou em religião, ainda mais quando o a aceitação por uma base teológica não é geral.

De que adianta falar em vida, defendendo-a a todo custo, porém esquecendo todos os outros fundamentos de criação do ordenamento brasileiro? A vida é uma garantia ao ser, mas a conclusão que se chega é que a garantia não pode estar sozinha. A visualização de extrema ausência de outras bases para o gozo do direito, em dados casos, pode sim ter o peso necessário para desbloquear o campo da autonomia em relação ao viver.

Viver com sofrimento? Viver com dor? Viver sem qualquer dignidade? Talvez todas essas perguntas possam resumir, um pouco, os questionamentos daqueles que passar por situações extremas de miséria, principalmente envolvendo o grandioso campo da saúde.

E quando a saúde física abalada acaba por derrubar a saúde mental? O que se deve fazer? Talvez a resposta a ser dada dependa apenas de uma única pessoa: aquela que carrega o fardo todo santo dia e que detém cada hora, minuto e segundo da sua individualidade. A resposta para questão tão complexa não pode ser dada de maneira tão genérica. De nada adiantaria falar e pregar uma construção legal garantista e não entregar o direito de exercício pleno do livre-arbítrio na esfera individual, única e de alcance personalíssimo.

Muito se foi falado sobre a mitigação da dor, partindo de atos médicos possíveis graças aos avanços da ciência, mas quem, além de Deus, pode garantir que as técnicas são capazes de justificar a permanência em vida? Acredito que a resposta para a difícil pergunta seja: a própria pessoa que sofre.

Assim como foi iniciado o trabalho, termino-o com a mesma proposição: tudo gira em torno da pessoa humana. Ela é o seu centro, sendo devida a ela a garantia de todos os direitos possíveis de gozo, enquanto a sua utilização não significar gritante invasão e desrespeito à esfera de liberdade alheia.

A eutanásia deve ser permitida para pessoas que deixam de gozar de grandes outros princípios, fundamentos e garantias, principalmente em se falando de sujeito com finalidade em si mesmo que visualiza a realidade enfrentada como ladra da sua dignidade, aqui encarada como base maior dentre as bases.

A busca pelo bem, assim como o afastamento do mal devem estar sempre ligadas às análises quanto ao tema, atuando em conjunto com a autonomia pessoa, em busca da mais perfeita justiça para cada caso encarado. Pensar em pessoa que sofre é pensar em um indivíduo vivendo a sua individualidade.

O tema da eutanásia envolve a busca pelo entendimento da complexidade de um grande sistema jurídico pensamento em uma sociedade multifacetada. Busca-se justiça através das leis, assim como equilíbrio dentro de todo um polo de abrangência, porém de que adianta criar um sistema garantista, sem que se preocupe com a efetivação das garantias?

Finalmente, garantir significa buscar justiça, cuja fórmula, para a análise da boa morte, foi ilustrada em momento anterior a este. A grande preocupação, mais uma vez, é com o enfermo, e não com aquele que goza de todas as suas capacidades. Aquele alcançados pelas máximas de direito do ordenamento não são o foco do tema e pela

simples fruição dos direitos, não estariam legitimados a renunciar às próprias vidas. Por outro lado, aqueles encontrados em situação miserável, degradante e indigna receberiam como “presente” a abertura do direito de escolha, ou seja, o gozo ampliado da autonomia, para que possam buscar a paz e a dignidade.

A vida é o nosso bem maior, mas de que vale a vida sem as mínimas condições de existência?

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. O Conceito de Normas de Direitos Fundamentais. *In*: ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos Fundamentais**. 2 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006. cap. 2, p. 50-85.

ASCENSÃO, José de Oliveira. **Estudos de Direito da Bioética**. São Paulo: Almeidina, 2009. 270 p, v. 3.

BARCHFONTEINE, Christian de Paul de. **Bioética e Início da Vida: Alguns desafios**. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2004. 141 p.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Barcelona: Masson, S.A, 1998.

BRASIL. Decreto nº 678 de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 09 nov. 1992.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 12 ed. São Paulo: Editora Saraiva Jur, 2019. 560 p.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 320 p.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 6 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018. 360 p.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2017. 1151 p.

DRANE, James; PESSINI, Leo. **Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Ed. Loyola, 2005. 250 p.

FERRER, Jorge José; ALVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Editora Loyola, 2005. 504p.

GUILHEM, Dirce; DINIZ, Debora. **O que é bioética**. São Paulo: editora brasiliense, 2002. 70 p.

JUNGES, José Roque. **Bioética hermenêutica e casuística**. São Paulo: Editora Loyola, 2006. 272 p.

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Constitucional**. 13 ed. São Paulo: Editora Juspodivm, 2018. 1296 p.

KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. 3 ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2011.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquemático**. 20 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2016. 1088 p.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. 3 ed. Salvador: Editora Atlas S.A, 2011. 591 p.

NEVES, Maria Patrão. Sentidos de vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BARCHIFONTAINE, Chiristian de Paul de. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2007. cap. 2, p. 29-45. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285916547_Sentidos_da_vulnerabilidade_caraacteristica_condicao_principio. Acesso em 01 mai. 2022.

PEREIRA, Tânia da Silva; MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOZA, Heloisa Helena. **Vida, morte e dignidade humana**. Rio de Janeiro: GZ, 2010. 426 p.

PERIM, Sabrina Fontoura; HERINGER, Astrid. A Eutanásia no Brasil. **Revista Direito e Justiça**. v. 8, n. 11, 2010, p. 13-36. Disponível em: <http://doaj.org/article/8a91955b09d74bd0af2d252b2740f518>. Acesso em 28 abr. 2022

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2017. 975 p.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Direito**. 2 ed. São Paulo: Editora Loyola, 2006.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos da personalidade**. 2 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2013. 275 p.

SOARES, André Marcelo Machado; PIÑEIRO, Walter Esteves. **Bioética e Biodireito: uma introdução**. São Paulo: Editora Loyola, 2006. 135 p.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010. 408 p.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005. 250 p.