
**CUIDADOS PALIATIVOS, AUTONOMIA DA VONTADE E
AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE EM CONTRAPONTO À
INVIOLABILIDADE CONSTITUCIONAL DO DIREITO À VIDA**

**PALLIATIVE CARE, AUTONOMY OF THE WILL AND SELF-DETERMINATION
OF THE PATIENT *VERSUS* THE CONSTITUTIONAL INVIOLABILITY OF THE
LIFE'S RIGHT**

*Débora Torres Augusto**
*Loreanne Manuella de Castro França***

RESUMO

A presente pesquisa apresenta a significância dos cuidados paliativos no tratamento de pacientes que apresentam prognóstico reservado, isto é, não possuem chance de cura, e a forma convencional terapêutica não surte efeitos, sendo, desta forma, inútil e desgastante. Para tanto, traz estudo sobre a vida, seu início biológico e suas teorias. Analisa-se, também, cada um dos tipos de cuidados paliativos, quais seja, eutanásia, distanásia e ortotanásia. Ao final, avalia a colisão entre os princípios da autonomia da vontade humana e a autodeterminação do paciente, versus a inviolabilidade constitucional da vida, demonstrando a eventual proibição ou dificuldade de sua utilização retira o autogoverno do paciente e não atingem a finalidade de preservar sua dignidade.

197

Palavras-chave: Autonomia da vontade. Cuidados paliativos. Inviolabilidade constitucional da vida.

ABSTRACT

This study presents the significance of palliative care in the treatment of patients with a reserved prognosis, with no chance of cure, and the conventional therapeutic approach has no effect, becoming useless and exhausting. For that, it brings a study about life, its biological beginning and its theories. We also analyze each type of palliative care, namely euthanasia, dysthanasia and orthothasia. In the end, it assesses the collision between the principles of the autonomy of the human will and the patient's self-determination, versus the constitutional inviolability of life, showing the possible prohibition or difficulty of its use, removes the patient's self-government and does not achieve the purpose of preserving his dignity.

Key-words: Autonomy of the will. Palliative care. Constitutional inviolability of life.

Recebimento em 2 de julho de 2019. Aceitação em 14 de setembro de 2019.

* Graduanda em Direito pelo Centro Universitário Filadélfia – UniFil, (43) 99664-4543, deboratorres1802@gmail.com.

** Graduada em Direito pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, especialista em Direito Civil e Processo Civil pela Universidade Estadual de Londrina – UEL e mestre em Direito Negocial pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, docente do Centro Universitário Filadélfia – UniFil, (43) 99929-4491, loreannemcf@yahoo.com.br.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO. 2 DO DIREITO À VIDA. 2.1 INÍCIO DA VIDA HUMANA. 2.2 ASPECTOS GERAIS DA PROTEÇÃO À VIDA HUMANA. 2.2.1 Inviolabilidade Constitucional do Direito à Vida. 3 DOS CUIDADOS PALIATIVOS. 3.1 EUTANÁSIA. 3.2 ORTOTANÁSIA. 3.3 DISTANÁSIA. 4 AUTONOMIA DA VONTADE E AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE EM CONTRAPONTO À INVIOABILIDADE CONSTITUCIONAL DO DIREITO À VIDA. CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS.

1 INTRODUÇÃO

O tempo de vida da população tem sido cada vez mais extenso. Há, mais que nunca, tecnologias que auxiliam no prolongamento da vida, na promoção da cura e no retardo da morte. A consequência disso é a longevidade da população, que segue em vida, mesmo muitas vezes, contra sua própria vontade.

O prolongamento da vida, a busca da cura e o retardo da morte se dão através do sistema de saúde. A saúde é um direito fundamental social, previsto na Constituição Federal como direito de todos e dever do Estado, cabendo a este promovê-la através de políticas públicas. A garantia constitucional do direito à saúde configura cláusula pétrea e anda lado a lado com a inviolabilidade constitucional do direito à vida, isto porque sem aquela, não haveria proteção e existiria constante risco descuidado à essa.

Os avanços tecnológicos e medicinais do último século e das últimas décadas supracitados, fizeram com que muitas das doenças que anteriormente não se conheciam tratamentos e em decorrência disso eram consideradas doenças mortais, atualmente possuam um recurso terapêutico e, muitas das vezes, uma parcela de chance de cura. A consequência disso, é a população que segue em vida, mesmo que essa chance de cura não exista. Para os casos em que não há mais possibilidade de cura, ou seja, pacientes sem prognóstico, criou-se os cuidados paliativos.

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo primordial estudar a significância dos cuidados paliativos ante às situações em que os pacientes se deparam com prognósticos reservados, casos em que os tratamentos acabam, muitas vezes, por se tornarem mais desgastantes que a própria doença e, quase sempre, inúteis, em contraponto com a eventual relativização da sua autonomia da vontade e lesão à dignidade da pessoa humana.

2 DO DIREITO À VIDA

A palavra vida advém do latim *vita*, e, por definição em dicionário, e significa existência. É o estado de atividade ininterrupta comum entre os seres organizados, compreendendo o período entre o nascimento e a morte. Assim, vida é o tempo de existência ou atividade de algo ou alguém.

Possivelmente, uma definição única e precisa do conceito de “vida” esteja fora do alcance humano. Isso porque essa simples palavra de quatro letras carrega em si diversas vertentes interpretativas e conceituais. Para a ciência, vida é o conjunto de seis definições: fisiológica, metabólica, bioquímica, genética.

O conceito fisiológico de vida prevê que é considerado ser vivo aquele que realiza funções básicas, como respirar, comer, metabolizar, mover, excretar, crescer, reproduzir e reagir a estímulos externos. A definição metabólica, descreve que o ser vivo é um indivíduo finito, que troca matéria continuamente com as vizinhanças, mas sem alterar suas propriedades



gerais. A descrição bioquímica de vida aduz que é ser vivo aquele que contém informação hereditária reproduzível codificada em moléculas de ácidos nucléicos e que controlam a velocidade de reações de metabolização pelo uso de catálise com proteínas especiais chamadas de enzimas. E a última, a definição genética, prevê que é vivo o ser capaz de evolução por seleção natural, de sofrer mutações em detrimento da evolução obtida através da seleção (TRAVITZKI, 2009).

Por um aspecto filosófico, Aristóteles diferenciou o ser vivo do ser não vivo através de uma condição apenas: alma. “Para Aristóteles, a alma está diretamente ligada à vida: ‘Aquilo que possui alma se distingue daquilo que não possui alma pela vida’ (Aristóteles, De anima II.2, 413a22-23). Aquilo que tem vida tem alma, e vice-versa.” (TRAVITZKI, 2009).

Em contrapartida, a visão teológica judaico-cristã não diferencia seres vivos e não vivos por terem ou não alma, em virtude de criaturas consideradas sem alma e, conseqüentemente, sem sentimentos e emoções, serem também considerados seres vivos. No aspecto teológico judaico-cristão, possuem alma os seres humanos tão somente, e não todos os seres vivos, conforme defendia Aristóteles. Quando da criação do homem, feito do barro, o sopro do Criador deu a vida e a alma ao homem: “E formou o Senhor Deus o homem do pó da terra, e soprou-lhe nas narinas o fôlego da vida; e o homem tornou-se alma vivente”, conforme citado no livro de Gênesis 2:7.

Além de todos os conceitos, a vida é um direito fundamental e um princípio. É inviolável e o que requer maior proteção em nosso ordenamento. Segundo Maria Helena Diniz (2017, p. 49), a vida está acima de qualquer lei e deve ser protegida contra quem quer que seja, até mesmo contra seu próprio titular, por ser irrenunciável e inviolável.

Tem-se, portanto, que a vida é o que ocorre após nascer e antes de falecer. Contudo, para o Direito, nem o nascer, nem o morrer, nem a vida são conceitos tão simples conforme supracitados. Assim, segue analisando-se conceitos que rodeiam a vida e sua tutela no ordenamento jurídico brasileiro.

199

2.1 INÍCIO DA VIDA HUMANA

São seis as teorias que aludem acerca do início da vida: concepcionista, nidação, gastrulação, formação dos rudimentos do sistema nervoso central, natalista e personalidade formal ou condicional.

A Teoria Conceptionista defende que a vida se dá com a concepção, ou seja, com a penetração do espermatozoide no ovócito, havendo a fundação destes e, então, a formação da primeira célula com toda planificação genética do indivíduo até a fase adulta. Muitos civilistas se apoiam nessa teoria como diretriz do início da vida, tendo em vista a segunda parte do artigo 2º do Código Civil: “a personalidade civil da pessoa começa com o nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”. Ainda, esta é a teoria adotada pelo Pacto de San José da Costa Rica.

A Teoria da Nidação, por outro lado, defende que o início da vida ocorre quando o embrião se fixa no útero. Isto ocorreria quando o óvulo fecundado penetra lentamente no endométrio até estar totalmente circundado por tecido materno, ou seja, é quando o óvulo é acolhido pelo útero, este processo ocorre cerca de 5 a 6 dias após a fecundação (CASTRO, 2014). Segue o ensinamento de um dos fortes apontamentos de defesa dessa teoria:

Já se tem apontado, porém, como início da gravidez, a implantação do óvulo no útero materno (nidação). Considerando que é permitida a venda do DIU e pílulas anticoncepcionais cujo o efeito é acelerar a passagem do ovo pela trompa, de modo que atinja ele o útero sem condições de implantar-se, ou transformar o endométrio para criar nele condições adversas para a implantação do óvulo, forçoso é concluir-



se que se deve aceitar a segunda posição, tendo em vista a lei penal. Caso contrário, dever-se-á incriminar como aborto o resultado da ação de pílulas e dos dispositivos intrauterinos que atuam após a fecundação (CASTRO, 2014).

A terceira teoria é a da Gastrulação, e essa entende que a vida se inicia por volta da terceira semana de gestação, quando ocorre o desenvolvimento e a distinção das células para formação das três camadas germinativas primitivas (ectoderma, mesoderma e endoderma), os quais são responsáveis por originar os órgãos e tecidos do embrião e por conduzir nutrientes da mãe para o feto quando se fixarem na parede uterina. Segundo Taynara Cristina Braga Castro (2014), é também nesta fase que se forma a placa neural, a qual se invaginará, dando origem ao tubo neural e por intermédio deste se desenvolve o sistema nervoso central. Tem-se, então, que a Teoria da Gastrulação defende o marco inicial da vida com o processo de desenvolvimento embrionário da gástrula até a nêurula, usando as características fisiológicas do embrião para tanto.

A teoria da Formação dos Rudimentos do Sistema Nervoso Central alude que só há vida quando o embrião se torna sensível, ou seja, quando o feto tem seu tecido nervoso formado, o que lhe dá sensações de dor (GARCIA, 2017), bem como sensações de prazer. Essa fase ocorre por volta da décima oitava semana de gestação. Destarte, para essa teoria, o início da vida se dá quando é desenvolvida a organização básica do sistema nervoso central, isto é, com o surgimento dos primeiros vestígios do que será o córtex cerebral. Essa teoria, tal como todas as explanadas anteriormente, carrega a ideia de que o nascituro possui vida dentro do ventre materno.

O Código Civil Brasileiro adota a denominada Teoria Natalista para determinar o momento de início da vida, isto é, considera-se pessoa e detém personalidade jurídica a partir do nascimento com vida, a partir do funcionamento do sistema cardiorrespiratório. Contudo, o artigo 2º do código supracitado garante os direitos do nascituro desde a concepção. Nessa teoria, diferentemente das demais, é considerada a vida extrauterina, ou seja, fora do útero, quando há o nascimento, não imputando vida, no sentido personalidade jurídica, ao nascituro, mas ainda assim resguardando seus direitos. Dá-se, portanto, uma expectativa de direito ao nascituro.

Por fim, a Teoria da Personalidade Formal ou Condicional é uma intermediária entre as teorias da Concepção e Natalista e é referida por alguns autores. Segundo Taynara Cristina Braga Castro (2014), nesta teoria o nascituro teria formalmente personalidade para titularizar direitos personalíssimos, como o direito à vida, direito à proteção pré-natal, mas quanto aos direitos patrimoniais (herança, doação), estes só seriam consolidados sob a condição de nascer com vida.

Fora proposta Ação Direta de Inconstitucionalidade pelo Procurador Geral da República em face do Art. 5º da Lei 11.105/2005, Lei de Biossegurança, na qual fora levado ao Supremo Tribunal Federal questões referentes ao início da vida. A ADI Nº 3510 buscava por declarar a inconstitucionalidade do artigo da lei supracitada que permite, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento. Quando do julgamento dessa ADI, o Supremo Tribunal Federal adotou a Teoria da Nidação para determinar o marco inicial da vida, decidindo, assim, pela improcedência da ação. Neste sentido, tem-se resumidamente a ementa da decisão:

CONSTITUCIONAL. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI DE BIOSSEGURANÇA. IMPUGNAÇÃO EM BLOCO DO ART. 5º DA LEI Nº 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005 (LEI DE BIOSSEGURANÇA). PESQUISAS COM CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO DIREITO À VIDA. CONSITUCIONALIDADE DO USO DE CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS EM PESQUISAS CIENTÍFICAS PARA FINS



TERAPÊUTICOS. DESCARACTERIZAÇÃO DO ABORTO. NORMAS CONSTITUCIONAIS CONFORMADORAS DO DIREITO FUNDAMENTAL A UMA VIDA DIGNA, QUE PASSA PELO DIREITO À SAÚDE E AO PLANEJAMENTO FAMILIAR. DESCABIMENTO DE UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE INTERPRETAÇÃO CONFORME PARA ADITAR À LEI DE BIOSSEGURANÇA CONTROLES DESNECESSÁRIOS QUE IMPLICAM RESTRIÇÕES ÀS PESQUISAS E TERAPIAS POR ELA VISADAS. IMPROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO. I – O CONHECIMENTO CIENTÍFICO, A CONCEITUAÇÃO JURÍDICA DE CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS E SEUS REFLEXOS NO CONTROLE DE CONSTITUCIONALIDADE DA LEI DE BIOSSEGURANÇA. [...] III – A PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À VIDA E OS DIREITOS INFRACONSTITUCIONAIS DO EMBRIÃO PRÉ-IMPLANTO. O Magno Texto Federal não dispõe sobre o início da vida humana ou o preciso instante em que ela começa. Não faz de todo e qualquer estágio da vida humana um autonomizado bem jurídico, mas da vida que já é própria de uma concreta pessoa, porque nativiva (teoria “natalista”, em contraposição às teorias “concepcionista” ou da “personalidade condicional”). E quando se reporta a “direitos da pessoa humana” e até dos “direitos e garantias individuais” como cláusula pétreia está falando de direitos e garantias do indivíduo-pessoa, que se faz destinatário dos direitos fundamentais “à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, entre outros direitos e garantias igualmente distinguidos com o timbre da fundamentalidade (como direito à saúde e ao planejamento familiar). Mutismo constitucional hermeneuticamente significativo de transpasse de poder normativo para a legislação ordinária. A potencialidade de algo para se tornar pessoa humana já é meritória o bastante para acobertá-la, infraconstitucionalmente, contra tentativas levianas ou frívolas de obstar sua natural continuidade fisiológica. Mas as três realidades não se confundem: o embrião é o embrião, o feto é o feto e a pessoa humana é a pessoa humana. Onde não existir pessoa humana embrionária, mas embrião de pessoa humana. O embrião referido na Lei de Biossegurança (“in vitro” apenas) não é uma vida a caminho de outra vida virginalmente nova, porquanto lhe faltam possibilidades de ganhar as primeiras terminações nervosas, sem as quais o ser humano não tem factibilidade como projeto de vida autônoma e irrepitível. O Direito infraconstitucional protege por modo variado cada etapa do desenvolvimento biológico do ser humano. Os momentos da vida humana anteriores ao nascimento devem ser objeto de proteção pelo direito comum. O embrião pré-implanto é um bem a ser protegido, mas não uma pessoa no sentido biográfico a que se refere a Constituição. [...]

201

Considera-se a Teoria da Nidação em relação à tutela penal da vida em detrimento de não serem puníveis métodos contraceptivos efetivados pós-concepção, tais como a denominada pílula do dia seguinte e o DIU, os quais a finalidade é acelerar a passagem do ovo (fase pós-concepção, pós encontro do espermatozoide com ovócito, já sendo formado o zigoto) pela trompa, ocasionando que, ao momento que este atingir o útero, não haja condições de implantar-se.

Relativo às teorias do início da vida, Pacto de San José da Costa Rica prevê no art. 4º, nº 1, “Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção.”. “Ora, o resultado nítido no dispositivo que a regra, doravante, tendo como marco a EC 45/04, deverá ser a proteção desde o momento da concepção, superando-se a dificuldade indicada pela doutrina constitucional brasileira”, (TAVARES, 2018, p. 216). Assim, tem-se que, ao direito constitucional, dada a vinculação ao Pacto supracitado promulgado pelo Decreto presidencial nº 678 em 06/11/1992 e a Emenda Constitucional nº 45 de 30 de dezembro de 2004, adota-se a Teoria Concepcionista.

Assim, pode-se considerar que o início da vida para fins de direitos civis é interpretado à luz da Teoria Natalista, enquanto o posicionamento do Supremo Tribunal Federal e o início da vida para fins de alguns posicionamentos frente ao Código Penal é interpretado à luz da



Teoria da Nidação, ao tempo em que o direito constitucional tem por base a Teoria Concepcionista.

2.2 ASPECTOS GERAIS DA PROTEÇÃO À VIDA HUMANA

O direito à vida é essencial ao ser humano e, em detrimento disso, segundo Maria Helena Diniz (2017, p.46), condiciona todos os demais direitos da personalidade. Atualmente, a vida é tutelada como direito fundamental básico. Desde o direito de nascer até a criminalização do ato “matar alguém” previsto no art. 121 do Código Penal em toda e qualquer circunstância, mesmo em hipóteses em que a morte seria o mais benéfico ao referido “alguém” (eutanásia).

Contudo, a vida não fora sempre protegida desta forma. Os aspectos históricos da proteção à vida humana remetem a épocas em que ela fora desprezada.

No decorrer do século XX, a humanidade, com enfoque em determinadas nações, passou por duas grandes Guerras Mundiais, nas quais foram utilizados poderes bélicos fortíssimos, capazes, inclusive, de causar alterações genéticas em quem fosse atingido por seus reflexos. As atrocidades oriundas desses conflitos superaram o uso de armamento para guerrear e exterminar as “nações inimigas”, fora alcançado tamanho vilipêndio à vida a ponto de efetuar experiências científicas terríveis com seres humanos vivos. A humanidade alcançou um grau elevado de desvalorização da vida humana.

Findada a Segunda Guerra Mundial, “por consequência, diante da necessidade de se evitarem novas ameaças e prejuízos à vida das pessoas, as nações ocidentais buscaram uma solução, em nível mundial, intencionando universalizar a proteção da vida humana” (CONINCK, RECKZIEGEL, 2015, p. 45). Com fim de promover a cooperação internacional e impedir outros conflitos bélicos, em 24 de outubro de 1945 fora criada a Organização das Nações Unidas (ONU), com os seguintes princípios: igualdade soberana entre os Estados-membros; resolução de conflitos de forma pacífica; não interferência das Nações Unidas em questões internas de cada Estado-membro; abstenção do uso ou ameaça do uso de força contra outros Estados; comprometimento a cumprir com fé a Carta da ONU; assistência de cada Estado-membro à ONU em qualquer medida que esta tomar de acordo com a Carta, abstendo-se de prestar auxílio a qualquer Estado contra o qual as Nações Unidas agirem de modo preventivo ou coercitivo.

A Organização das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948 adotou o que é, segundo Beatriz Diana Bauermann Coninck e Janaína Reckziegel (2015, p. 45), o primeiro registro de que se tem notícia intencionando a universalização de direitos humanos, a Declaração Universal de Direitos Humanos, que traz uma série de previsões básicas e inerentes aos seres humanos, as quais devem ser respeitadas em toda e qualquer circunstância. Cumpre destacar, para tanto, o previsto no art. 3º da DUDH: “Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”, no qual há expressamente a proteção ao direito à vida, tão relativizado e violado poucos anos antes.

No mesmo sentido, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos de 16 de dezembro de 1966, em vigor no Brasil desde 06 de julho de 1992, prevê no art. 6º, item 1 que “O direito à vida é inerente à pessoa humana. Esse direito deverá ser protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida”.

Destarte, a ONU e a DUDH foram e são marcos da nova visão e tutela da vida humana. Da retirada de uma era de desvalorização, em uma época em que a humanidade se encontrava traumatizada, e a busca pela extrema proteção do bem jurídico que é anterior a qualquer outro. Bem como, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, no mesmo direcionamento, tanto valorizou a vida, que a reconheceu como direito inerente ao ser humano.



2.2.1 Inviolabilidade constitucional do direito à vida

A vida ganhou atenção constitucional no Brasil com a Constituição Federal de 1934, a partir do art. 113, 34, que previa indiretamente o direito à vida, “posto que pautado na positivação do direito de manter a subsistência própria mediante trabalho” (TAVARES, 2018, p. 214). A Lei Maior seguinte, de 1937, manteve o posicionamento, assinalando o trabalho como dever social, garantindo a todos o direito de subsistir por seu trabalho honesto e imputando ao Estado o dever de proteger o indivíduo, assegurando-lhe condições favoráveis e meios de defesa, conforme o art. 136.

A partir da Constituição de 1946, art. 141, tem-se a previsão legal no mesmo direcionamento das constituições subsequentes, com “a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida [...]”. Esse preceito fora firmado na Carta Magna de 1967 e com a Emenda Constitucional nº de 1969. Segundo André Ramos Tavares (2018), a fórmula dessa previsão era dúbia, por deixar de referir-se de forma direta à inviolabilidade do direito à vida, para tratar dos direitos a ela “concernentes”.

A Carta Magna vigente, de 1988, prevê no art. 170 que “A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano [...] tem por fim assegurar a todos existência digna [...]”. Nasceu, ainda, com a Constituição cidadã, a inviolabilidade do direito à vida (não mais dos direitos concernentes à vida), agora previstos no caput do art. 5º.

Consoante ao artigo supracitado, a Constituição Federal prevê não apenas que a vida deve ser protegida, mas foi deveras além, garantindo a inviolabilidade do direito à vida. A magnitude do termo “inviolabilidade” torna a abrangência da proteção à vida muito maior do que uma simples proteção. De acordo com Maria Garcia (2008, p.05), com tal garantia a Constituição erigiu a vida em bem jurídico, e esse direito, cuja titularidade pertence aos seres vivos, acabou por se centralizar no exercício do direito à existência. De forma mais abrangente, Maria Helena Diniz (2017, p. 46) afirma que o dispositivo legal garante além de um direito à existência, mas uma integralidade existencial.

O direito à vida não é estudado como objeto fechado e generalizado, devido sua amplitude e relevância possui algumas vertentes de caracterização e ramificações de classificação.

Destarte, a primeira análise do direito constitucional à vida se dá a partir de uma liberdade negativa, isto é, segundo André Ramos Tavares (2018, p. 214) constitui um enunciado dirigido ao Estado referente ao seu poder policial-repressor, com fim de que este respeite o direito de viver de todo indivíduo. Decorre dessa liberdade negativa a vedação expressa à pena de morte, cláusula pétrea na Constituição Federal de 1988, prevista no art. 5º, inciso XLVII, *a*. Contudo, tal vedação não é absoluta, uma vez que o art. 84, inciso XIX, alínea *a*, resguarda como exceção à proibição a hipótese de guerra declarada.

A segunda análise a ser feita se dá, segundo André Ramos Tavares (2018, p. 214), de um direito prestacional e conexões normativas de sustentação. Essa refere-se a proporcionar ao indivíduo o mínimo necessário para viver bem, isto é, assegurar uma vida digna. Relativo ao mínimo necessário para viver dignamente:

Isso inclui o direito à alimentação adequada, à moradia (art. 6º), ao vestuário, à saúde (art. 196), à educação (art. 205), à cultura (art. 215) e ao lazer (art. 217). Também se deve incluir, aqui, a garantia do direito à das pessoas idosas, expresso no art. 230 da Constituição (TAVARES, 2018, p. 214).

Dessa maneira, o Estado se obriga a garantir o direito à vida digna, e o faz criando aparatos para suprir as necessidades da população, tais como rede pública de saúde, de



educação, prestação como o seguro-desemprego, bolsa-família, dentre outros. Assim, tem-se o Brasil como Estado Social, promovendo a dignidade para população através de políticas públicas de suprimento.

3 DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os avanços tecnológicos e medicinais do último século e das últimas décadas fizeram com que muitas das doenças que anteriormente não se conheciam tratamentos e em decorrência disso eram consideradas doenças mortais, atualmente possuem um recurso terapêutico e, muitas das vezes, uma parcela de chance de cura, ainda que escassa. A consequência disso, é a longevidade da população, que segue em vida.

Contudo, apesar das inúmeras conquistas nos campos biotecnológicos e médicos, os hospitais estão repletos de pacientes com prognóstico reservado, ou seja, que não possuem possibilidade de cura. Ainda que sejam ministradas medicações, efetuados métodos terapêuticos, a chance de cura é nula, os tratamentos são desgastantes, a dor e o sofrimento são agudos, e a vida é prolongada.

Nasce, portanto, a necessidade de um recurso que assista a esses pacientes que, apesar de não possuírem esperança de restabelecimento nem uma terapia eficaz, também não vão a óbito, não cessando de vez por todas o sofrimento. Para isso, criou-se a opção cuidados paliativos.

Segundo Dalva Yukie Matsumoto (2012, p. 24), o cuidado paliativo se confunde historicamente com o termo Hospice, o qual advém dos primórdios da era cristã, quando estas instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo na Europa. Os relatos mais antigos de Hospice são do século V.

Hospices eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes (MATSUMOTO, 2012, p. 24). A partir disso, diversas instituições de caridade foram surgindo na Europa do século XVII, com fim de abrigar pobres, doentes e órfãos. Tal prática se disseminou com organizações religiosas católicas e protestantes, e no século XIX as instituições passaram a ter característica de hospitais, segundo Dalva Yukie Matsumoto (2012, p.24).

O cuidado paliativo, de outra forma, surgiu apenas recentemente, em 1967, com origem na Inglaterra, através dos hospices, os quais, segundo Janaína Reckziegel e Wilson Steinmetz (2016, p. 95), atendiam pacientes de forma mais humanizada, com cuidados paliativos e ações visando a prevenir e a aliviar a dor e o sofrimento dentro de uma concepção holística, atendendo o físico, o emocional, o espiritual e o social. Para isso, os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional.

Esse sistema de hospice fora introduzido por Dame Cicely Saunders, uma inglesa formada em assistência social e em processo de formação em enfermagem. Em 1947, Saunders conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, proveniente do Gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou até sua morte, tendo com ele longas conversas. David Tasma deixou-lhe uma pequena quantia como herança, dizendo: “Eu serei uma janela na sua Casa”. Este foi, segundo Cicely Saunders, o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar. Dessa forma, em 1967 funda o “St. Christopher’s Hospice”, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (MATSUMOTO, 2012, p. 24).

Os cuidados paliativos, portanto, foram desenvolvidos em ambientes de pesquisas e empirismo, tendo, dessa forma, sua eficácia e eficiência plenamente comprovadas. Neste sentido:



Cicely Saunders relata que a origem do Cuidado Paliativo moderno inclui o primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer avançado cuidados no St. Joseph's Hospice entre 1958 e 1965. Um estudo descritivo, qualitativo foi baseado em anotações clínicas e gravações de relatos de pacientes. Este estudo mostrou o efetivo alívio da dor quando os pacientes foram submetidos a esquema de administração regular de drogas analgésicas em contrapartida de quando recebiam analgésicos “se necessário”. Este trabalho publicado por Robert Twycross nos anos 1970 põe por terra mitos sobre os opiáceos. Foram mostradas evidências que os opiáceos não causavam adição nos pacientes com câncer avançado e que a oferta regular destes medicamentos não causavam maiores problemas de tolerância. O que se ouvia nos relatos dos pacientes era alívio real da dor (SAUNDERS *apud* MATSUMOTO, 2012)

Em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. O termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela Organização Mundial de Saúde devido à dificuldade de tradução adequada do termo Hospice em alguns idiomas (MACIEL *apud* MATSUMOTO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde deu a primeira definição de Cuidados Paliativos apenas em 1990, como “cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do cuidado paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”. Essa definição foi atualizada em 2002 por “Cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade da vida dos pacientes e suas famílias diante dos problemas associados doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento meios de identificação precoce e avaliação impecável, e tratamento de dor e outros problemas - físicos, psicossociais e espirituais”.

No mesmo sentido, a Resolução 41/2018 do Ministério da Saúde conceitua os cuidados paliativos como assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Ambas as definições apontam para doenças que “ameaçem a vida”, buscando, dessa forma, pelo “alívio do sofrimento”. Os cuidados paliativos possuem, portanto, extrema relevância na promoção da qualidade de vida e da dignidade do paciente terminal, vez que “os pacientes com doenças avançadas ou em fase terminal buscam o enfretamento da morte de forma mais digna” (RECKZIEGEL; STEINMETZ, 2016, p. 94).

“Transformar o respeito à vida em veneração a ela é um grande perigo, e isso pode ocorrer quando se atribui um valor absoluto à vida biofísica, o que supera a própria dignidade humana” (RECKZIEGEL; STEINMETZ, 2016, p.110). Em Estados em que a vida é o bem jurídico alvo da maior proteção cabível, aproximando-se da veneração, e ao ponto de que “a vida está acima de qualquer lei [...] devendo ser protegida contra quem quer que seja, até mesmo contra seu próprio titular” (DINIZ, 2017, p. 49), se faz necessário que a dignidade do paciente e sua qualidade de vida seja resguardada. O cuidado paliativo, desta forma, torna-se o escape e refúgio, cabendo destacar sua importância elevada em países cuja morte assistida é uma prática criminaliza por lei, a exemplo o Brasil.



3.1 EUTANÁSIA

Em síntese, segundo Danillo Vilar Pereira (2016), a eutanásia corresponde à abreviação da vida do paciente em estado terminal, o qual sofre de intensa dor física ou psicológica. Ainda, eutanásia tem como significado a boa morte, morte doce, indolor, morte calma e tranquila, vem do grego “*eu*” que significa (bom) e “*tánatos*” que quer dizer (morte) (ANDRADE; SANTOS; SILVA, 2017).

A eutanásia é prática criminalizada no ordenamento jurídico, que, apesar de não possuir dispositivo legal próprio, a conduta enquadra-se no previsto do art. 121 do Código Penal brasileiro, o crime de homicídio, o qual diz “matar alguém”, cuja pena é reclusão de 6 a 20 anos. Ainda, “o Código Penal brasileiro apenas possibilita a redução da pena de 1/6 a 1/3 se o homicídio for cometido por relevante valor social ou moral (art. 121, §1º)” (DINIZ, 2017, p. 524).

“A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda.” (HIPÓCRATES, século V a.C.). O juramento de Hipócrates, por tradição recitado pelos formandos em medicina, aduz uma posição negativa à prática da eutanásia. Além, o Código de Ética Médica brasileiro prevê, no artigo 41, uma vedação ao profissional da medicina, de forma que é expressamente proibido abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Ainda, o parágrafo único do artigo alude que, em casos de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Da interpretação brasileira de eutanásia, se tem que “a ninguém é dado promover ou antecipar a morte de outrem. Ao médico, com mais forte razão, muito menos, pois deve curar algumas vezes, aliviar sempre” (TEIXEIRA *apud* DINIZ, 2017, p. 526). Assim, por não permitir a “abreviação da morte”, a “morte doce” supracitadas, o Brasil apresenta os cuidados paliativos para preencher a lacuna do sofrimento instaurado e o óbito ainda não chegado, porém também não permitido ser buscado.

Assim, ao tempo que o Estado garante a autonomia da vontade e a autodeterminação ao paciente através de diversas Resoluções, Portarias e futura lei, tal preceito não o acompanha se o seu desejo for morrer. A vontade não há de ser respeitada se esta for, de alguma forma, causar sua própria morte, dado tamanho sofrimento acometido por doença avançada em estado terminal.

3.2 ORTOTANÁSIA

A ortotanásia, por sua vez, diferentemente da eutanásia, não visa a aceleração da morte, mas configura uma busca pelo processo de morte natural, sem que o indivíduo seja mantido vivo através de meios artificiais. Assim, tem-se:

Na ortotanásia ou paraeutanasia, ou seja, na ajuda dada pelo médico ao processo natural da morte, uma justificação ao morrer com dignidade, fundada em razões científico-humanitárias. Convém esclarecer que a eutanásia passiva, ou ortotanásia, é a eutanásia por omissão, que consiste no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor ou de deixar de usar meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando a solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares (DINIZ, 2017, p. 527).

A Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina prevê que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do



doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Bem como, dispõe que é incumbência do profissional esclarecer ao paciente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

Em consonância com as permissibilidades dadas ao médico pela Resolução 1.805/2006, há garantia ao paciente, prevista no art. 2º, de que este continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar. Isto é, a suspensão dos procedimentos e tratamentos que tem por fim prolongar a vida do enfermo em fase terminal não o deixam desassistido, pelo contrário, a Resolução o resguarda cuidados necessários com alívio de sintomas e assistências nos mais variados âmbitos.

“A ortotanásia não implica qualquer conduta do médico. Este não pratica, mesmo solicitado, a morte piedosa. Não age: deixa apenas de prolongar, por meios artificiais, uma vida que, além de sofrida, mostra-se irreversível” (COSTA *apud* DINIZ, 2017, p. 527). Assim, “não há fundamento razoável que permita a legalização da ortotanásia em pessoas que comprovadamente apresentem quadro reversível” (PEREIRA, 2016).

Destarte, na ortotanásia, ao retirar-se a terapia desnecessária, que estaria apenas desgastando o doente, visto se tratar de doença incurável em estágio terminal ou em estado vegetativo, e empreender ao paciente todos os cuidados necessários para o alívio dos sintomas, dores e sofrimentos, assegurando assistência integral, conforto físico, psíquico, social e espiritual, coloca-se o paciente nos cuidados paliativos, vez que configura com a previsão preceitos deste.

3.3 DISTANÁSIA

A distanásia, “também designada obstinação terapêutica (*L’acharnement thérapeutique*) ou futilidade médica (*medical futility*)” (DINIZ, 2017, p. 535), em contrapartida, trata-se do retardo excessivo do processo da morte em pacientes com prognóstico reservado ou terminais. Ela “não visa prolongar a vida, mas sim o processo da morte” (DINIZ, 2017, p. 535). Assim, tem-se o ensinamento que:

É o comportamento médico que consiste no uso de processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que o mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível, e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis (DEBRAY, *apud* DINIZ, 2017, p. 535).

“A distanásia e a eutanásia têm em comum provocar a morte “fora da hora” (PESSINI, 2006, p. 48). Ao ponto que a distanásia não discerne o momento em que as intervenções se tornam inúteis e um processo tão somente mais doloroso ao paciente, não aceitando, assim, o morrer enquanto processo natural do viver, não permitindo ao enfermo a morte sem que se tente prolongar futilmente a vida. “Enquanto na eutanásia a preocupação maior é com a qualidade da vida remanescente, na distanásia a tendência é se fixar na quantidade desta vida e investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo” (MARTIN *apud* PESSINI, 2006, p. 49).

Em regra, “os avanços tecnológicos na área de saúde contribuem para a conquista de benefícios na vida do paciente” (ALVES; ANDRADE; BRITO; COSTA; DUARTE; FELIX, 2013). Contudo, quando são utilizadas exageradamente as novas terapias com fim de, por exemplo, postergar o processo de morte de um paciente sem prognóstico, ocorre um tratamento médico fútil. Nesse sentido:



Tratamento médico fútil seria aquele: a) não consegue seu objetivo imediato ou o do paciente; b) é ineficaz; c) não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima, ou, pelo menos, algum benefício médico; d) não oferece uma razoável probabilidade de sobrevivência (MOTA *apud* DINIZ, 2017, p. 537).

Assim, enquanto a eutanásia busca pela antecipação do processo morte a partir de uma conduta positiva do médico e a ortotanásia pretende a ocorrência da morte através de um processo natural, com uma conduta negativa, ou seja, omissiva do profissional, não deixando que o paciente tenha sua vida mantida tão somente artificialmente, a distanásia é a total contrapartida da segunda, mantendo liame com a primeira. Isto porque a distanásia posterga o processo da morte natural, mantendo o paciente vivo através de meios artificiais e terapias inúteis, gerando, muitas vezes, mais sofrimento que a própria enfermidade, bem como tem sua preocupação pautada na quantidade de vida, ao passo que a eutanásia se pauta na qualidade de vida, havendo um contrassenso de quantitativo versus qualitativo.

4 AUTONOMIA DA VONTADE E AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE EM CONTRAPONTO À INVOLABILIDADE CONSTITUCIONAL DO DIREITO À VIDA

No ordenamento jurídico brasileiro, conforme supracitados por vezes, é garantido ao ser humano a proteção à sua dignidade com o respeito a sua vontade e sua autodeterminação. A autonomia e, por consequência, a autodeterminação são princípios nos mais variados ramos estudados no direito. Não somente em direito, mas além. Um dos quatro princípios da bioética é a autonomia, também. Nesse sentido:

Embora seja praticamente um consenso que a autonomia é um direito inerente à espécie humana; um direito intimamente relacionado com a liberdade; um direito natural, fundamental, constitucional; o ser humano não nasce autônomo, na medida em que não pode governar-se por si mesmo quando nasce, ou desde o nascimento (OLIVEIRA, SÁ, 2007, p. 8).

A República Federativa do Brasil tem como um dos seus fundamentos a dignidade da pessoa humana, a ser observada como tal no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal. “O constituinte de 1988 erigiu a pessoa humana como valor supremo do ordenamento jurídico” (FACHIN, 2008, p. 185). A dignidade, como é sabido, não teve seu surgimento com a Magna Carta de 1215, ela corresponde a um “valor transcendental, o qual precede a norma legislada” (FACHIN, 2008, p. 186).

Nas palavras do Ministro Luiz Edson Fachin, mencionadas por Zulmar Fachin (2008, p. 286), a dignidade da pessoa humana é um princípio estruturante, constitutivo e indicativo das ideias diretas básicas de toda a ordem constitucional. Isto é, a dignidade é quem irá delinear, direcionar e delimitar a ordem constitucional e, por consequência, todas as demais ordens infraconstitucionais e infralegais. Nada poderá ser feito por quem que seja de maneira a ferir a dignidade humana, nenhum ato do Poder Público pode vir a colidir com o princípio da dignidade humana.

“Immanuel Kant aborda a dignidade a partir da autodeterminação ética do ser humano, sendo a autonomia o alicerce da dignidade” (KUMAGAI; MARTA, 2014). Destarte, a autonomia é o fundamento da dignidade. A capacidade de o indivíduo se autogovernar, ter liberdade para efetuar suas escolhas livre de coerção, se autodeterminar, é o que norteia e baseia a dignidade da pessoa. Neste sentido, o artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal também prevê que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei”. Assim, a dignidade, a autonomia e a liberdade andam de mãos dadas, tendo-se que a autonomia é a liberdade de autogoverno que embasa a dignidade da pessoa humana.



Isto posto, tem-se que a vontade do ser humano deve ser respeitada sobretudo, bem como suas decisões serão acatadas em âmbito de tratamentos médicos, conforme preveem as Resoluções e Portarias estudadas acima, bem como o Projeto de Lei 5.559/2016. Contudo, questiona-se qual o limite da dignidade humana, isto é, até onde a autonomia de sua vontade há de ser respeitada. A Resolução 1.995/2012 faz alusão que o autogoverno do paciente se dá tão somente até o momento em que seu desejo, suas diretivas antecipadas de vontade, estejam em desacordo com a ética do profissional da medicina.

Não obstante, o debate acerca de uma autonomia absoluta ou relativizada, de uma autodeterminação plena, não se limita aos métodos terapêuticos. Os desejos dos pacientes, muitas vezes, não são por tratamentos, pela melhor tecnologia, pelo melhor remédio, pela forma menos indolor. Em diversos casos, o almejo em busca pela cessação do sofrimento ultrapassa barreiras vitais, tornando-se a morte.

Assim, a morte é um dos maiores limites à autonomia da vontade e a autodeterminação do paciente. O enfermo pode optar pelo que quiser, o Estado compreende tamanho sofrimento e concede autogoverno para escolher a melhor forma de cessar a dor, desde que sua escolha não seja a alta celestial, deter a dor e o sofrimento findando a vida.

Tal proibição está ligada, então, ao dispositivo do *caput* do art. 5º da Constituição Federal, que prevê que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida”. Assim, Constituição Federal prevê não apenas que a vida deve ser protegida, mas garante a inviolabilidade do direito à vida.

Diligenciando acerca do conceito da palavra “inviolável”, tem-se que é aquilo “não se consegue nem se pode violar; que não pode ser alvo de violação. Que não está sujeito à ação da justiça; cuja inviolabilidade é garantida pela Constituição.” Ainda, são apresentados como alguns de seus sinônimos “sagrado, intangível e intocável”. Destarte, a vida é, para o Estado brasileiro, sagrada e intocável, bem como indisponível e impassível de ações perante a Justiça. Ela é a limitação da autonomia da vontade da vontade. Limitação ou colisão.

Ao se analisar que a autonomia da vontade humana é a base da dignidade da pessoa humana, e a dignidade da pessoa humana é o mínimo necessário para que se viva decentemente, garantir que a vida será inviolável, mas, para isso, retirar o autogoverno do paciente, é dar-lhe uma vida indigna, e, por consequência, uma morte indigna. Ao passo que nasce, portanto, uma colisão de princípios.

Maria Helena Diniz, citando Ricardo Henry Marques (2017, p. 48), afirma que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a inviolabilidade do direito à vida, pois qualquer atentado a ele estaria eivado de inconstitucionalidade. Simultaneamente, a mesma Constituição que a autora faz alusão, garante também a dignidade. Configura, também, inconstitucionalidade a vida ser vivida de maneira indigna a ponto de a autonomia da vontade do paciente não ser respeitada, sua voz não ser ouvida e seu autogoverno e sua liberdade lhe serem retirados. Diminui o paciente à situação de incapaz de deliberar e escolher a respeito de si próprio, e tal ato, este ferimento à dignidade, também viola a constitucionalidade.

Retirar do paciente o direito de optar pelo momento de sua morte, pois, segundo Maria Helena Diniz (2017, p. 48) a vida não é o domínio da vontade livre e exige que o próprio titular a respeite, levou o Estado a buscar outra saída que “devolva a dignidade” aos pacientes cuja cura já não é mais algo possível, cujo prognóstico é reservado, cuja vida já não é mais o que querem manter. Assim, o Estado adotou os cuidados paliativos.

Acerca dos cuidados paliativos, apesar de uma expressão inegável de compaixão e busca incessante por alívio ao sofrimento daqueles que já vem desacreditados, não é possível afirmar que eles devolvem a dignidade ao paciente, se a expressão da vontade deste era o fim da vida.



Tal impossibilidade se dá porque a dignidade humana não tem sua base no quão bem um ser humano é tratado, há pilares nesse sentido, mas seu fundamento não é esse, seu alicerce é a autonomia da vontade humana, o autogoverno e a liberdade para se autodeterminar, e esses o Estado não devolveu ao paciente, não lhe garantindo sua dignidade, agindo, por assim dizer, inconstitucionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o desenvolvimento do presente estudo elegeu-se a relevância dos cuidados paliativos no tratamento de pacientes sem prognóstico, em especial no Brasil, onde não é possível decidir acerca do momento da morte.

Analisou-se de maneira minuciosa como os cuidados paliativos são capazes de reduzir o sofrimento daqueles que já não possuem mais chances de cura e tão somente se encontram em situação de dores agudas e sofrimentos aguçados, já que, também, verificou-se que os cuidados paliativos cooperam para promoção da dignidade do paciente.

Restou também demonstrada a importância dos cuidados paliativos para a medicina atualmente, bem como para os enfermos cujos recursos medicinais, as terapias e os tratamentos até então conhecidos já os desenganaram, visto que trazem uma melhor qualidade de vida ao paciente, livrando-o de tratamentos degradantes e inúteis, que, muitas das vezes, são mais doloridos que a própria doença que os acomete.

Observou-se que o Estado busca promover os cuidados paliativos com o fim de proporcionar e resguardar a dignidade da pessoa humana dos pacientes, vez que estes garantem tratamentos terapêuticos com medicamentos analgésicos de alto grau de atuação, uma equipe de diversos profissionais das mais variadas áreas dando assistência, apoio religioso, psicológico e moral, bem como a possibilidade de alta hospitalar e execução dos cuidados em ambiente domiciliar, quando possível, ou outro ambiente necessário, dentre outros.

210

REFERÊNCIAS

ALVES, Adriana Marques Pereira de Melo; ANDRADE, Cristiani Garrido; BRITO, Fabiana Medeiros; COSTA, Solange Fátima Geraldo; DUARTE, Marcella Costa Souto; FELIX, Zirleide Carlos. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n9/2733-2746/>. Acesso em: 28 maio 2019.

ANDRADE, Shakespeare Teixeira; SANTOS, Cícera Jércika Reinaldo; SILVA, Edjerlan Alves. **A introdução da eutanásia no novo código penal brasileiro**. 2017. Disponível em: <https://jercika.jusbrasil.com.br/artigos/412785023/a-introducao-da-eutanasia-no-novo-codigo-penal-brasileiro>. Acesso em: 27 maio 2019.

A BÍBLIA da Mulher: leitura devocional, estudo. 2. ed. Barueri, SP: Sociedade Bíblia do Brasil, 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade nº 3510. **DJe**, 27 maio 2010. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>. Acesso em: 11 maio 2019.



BRASIL. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm Acesso em: 11 maio 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 11 maio 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 maio 2019.

BRASIL. **Decreto n. 592, de 6 de julho de 1992.** Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 11 maio 2019.

BRASIL. **Lei de Biossegurança n. 11.105, de 24 de março de 2005.** Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm. Acesso em: 11 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006.** Brasília, DF: CFM, 2006. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em: 11 maio de 2019.

211

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.931, 24 de setembro de 2009,** Brasília, DF:CFM, 2009. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm. Acesso em: 11 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995, 9 de agosto de 2012,** Brasília, DF:CFM, 2012. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 11 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.168, 21 de setembro de 2017.** Brasília, DF: CFM, 2017. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19405123/do1-2017-11-10-resolucao-n-2-168-de-21-de-setembro-de-2017-19405026. Acesso em: 11 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.173, 23 de novembro de 2017.** Brasília, DF: CFM, 2017. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 11 maio 2019.



CASTRO, Taynara Cristina Braga. **ADI n.º 3.510: bioética e suas repercussões no ordenamento jurídico.** 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/33465/adi-n-3-510-bioetica-e-suas-repercussoes-no-ordenamento-juridico>. Acesso em: 08 maio de 2019.

CONINCK, Beatriz Coninck Diana Bauermann; RECKZIEGEL, Janaína. **A afirmação histórica da proteção da vida humana.** 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/5960/4073>. Acesso em: 01 maio 2019.

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

FACHIN, Zulmar. **Curso de direito constitucional.** 3. ed. São Paulo: Método, 2008.

GARCIA, Keila Lacerda de Oliveira Magalhães. **Comentários ao Habeas Corpus 124.306/2016: decisão da primeira turma do STF que considerou o aborto até o terceiro mês de gestação atípico.** 2017. Disponível em: http://conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.57788#_ftn17. Acesso em: 11 maio 2019.

GARCIA, Maria. **A inviolabilidade constitucional do direito à vida. A questão do aborto e sua descriminalização. A justiça restaurativa.** 2008. Disponível em: https://www.academia.edu/15949347/A_INVIOLABILIDADE_CONSTITUCIONAL_DO_DIREITO_%C3%80_VIDA._A_QUEST%C3%83O_DO_ABORTO_E_SUA_DESCRIMINALIZA%C3%87%C3%83O._A_JUSTI%C3%87A_RESTAURATIVA. Acesso em: 11 maio 2019.

212

KUMAGAI, Cibele; MARTA, Taís Nader. **Princípio da dignidade da pessoa humana.** 2014. Disponível em: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34603138/Principio_da_dignidade_da_pessoa_humana_-_Constitucional_-_Ambito_Juridico.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559065372&Signature=tUyhBrYGQkBEcHPquK43ewkmJzI%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D7_8_2014_Principio_da_dignidade_da_pessoa.pdf. Acesso em: 28 maio 2019.

OLIVEIRA, Cleberson Cardoso. **Direito à saúde aos pacientes conforme a Constituição da República de 1988,** 2014. Disponível em: http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/download/66/pdf_35. Acesso em: 15 maio 2019.

PEREIRA, Danillo Vilar. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia à luz da bioética.** 2016. Disponível em: <http://conteudojuridico.com.br/index.php?artigos&ver=2.56480>. Acesso em: 27 maio 2019.

PESSINI, Léo. **Bioética, humanismo e pós-humanismo no século XXI: em busca de um novo ser humano?** 2017. Disponível em: <http://www.camilliani.org/wp-content/uploads/2018/11/testo-br.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

PESSINI, Léo. **Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira.** 2004. Disponível em:



http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/120/125. Acesso em: 28 maio 2019.

RECKZIEGEL, Janaína; STEINMETZ, Wilson. **Cuidados paliativos e o direito à morte digna**. 2016. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2574>. Acesso em: 27 mar. 2019.

TRAVITZKI, Rodrigo. **O que é vida? Há uma definição precisa? Veja a resposta de pensadores importantes**. 2009. Disponível em: <http://www.rizomas.net/ensino-de-biologia/recursos-pedagogicos/202-o-que-e-vida-ha-uma-definicao-precisa-veja-a-resposta-de-pensadores-importantes.html>. Acesso em: 11 maio 2019.

