



MARIA CAROLINA DINIZ DA MATA

AUTONOMIA DO ENFERMO

Visão bioética sobre a capacidade de escolha do paciente em processo de terminalidade da
vida

LAVRAS – MG

2019

MARIA CAROLINA DINIZ DA MATA

AUTONOMIA DO ENFERMO

Visão bioética sobre a capacidade de escolha do paciente em processo de terminalidade da vida

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Direito, para a obtenção do título de Bacharel.

Profa. Dra. Juraciara Vieira Cardoso
Orientadora

LAVRAS – MG
2019

da Mata, Maria Carolina Diniz.

AUTONOMIA DO ENFERMO : visão bioética sobre a capacidade de escolha do paciente em processo de terminalidade da vida / Maria Carolina Diniz da Mata. - 2019.

60 p.

Orientador(a): Juraciara Vieira Cardoso.

TCC (graduação) - Universidade Federal de Lavras, 2019.
Bibliografia.

1. Bioética. 2. Autonomia. 3. Morte. I. Cardoso, Juraciara Vieira. II. Título.

MARIA CAROLINA DINIZ DA MATA

AUTONOMIA DO ENFERMO

Visão bioética sobre a capacidade de escolha do paciente em processo de terminalidade da vida

PATIENT AUTONOMY

A bioethical view of the patient's ability to choose in the process of terminating life

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Direito, para a obtenção do título de Bacharel.

Aprovada em 03 de julho de 2019

Profa. Doutora. Luciana Berlini – UFLA

Profa. Doutora. Juraciara Vieira Cardoso – UFLA

Profa. Dra. Juraciara Vieira Cardoso

Orientadora

LAVRAS – MG

2019

*A minha mãe, Fatinha, por ser sempre apoio e incentivo,
me amando incondicionalmente.
Aos meus irmãos, Michelle e Juninho, pela companhia,
pela força e pelos ensinamentos.
Ao meu pai, Laércio, pelos valores transmitidos.
In memoriam dos meus avós Carolina e Francisco pela
brilhante criação que me deram.
Ao meu companheiro, Marcus, por ser meu sustentáculo e
por todo amor.
A todos aqueles e aquelas que me acompanharam
durante minha caminhada e me fizeram crescer em
diversas dimensões.
Dedico.*

AGRADECIMENTOS

Antes de qualquer ponderação, quero agradecer ao ser onipotente e onipresente; Deus, que sempre foi meu sustento, meu refúgio e meu acalento em todos os momentos. Aquele que nunca me deixou; que sempre cumpriu suas promessas e que sempre me deu forças para prosseguir e chegar ao final.

Depois de Deus, agradeço a minha mãe; que tenho certeza ser a representação “Dele”, em minha vida. Qualquer palavra jamais será capaz de mensurar minha gratidão a tudo aquilo que fez e faz por mim. Obrigada por não medir esforços para me ver feliz; realizada e deixar tantas vezes de cuidar de si mesma, para cuidar de mim. Se hoje estou alcançando um sonho, é graças ao seu amor enorme, que, muitas vezes, abriu mão de diversas outras coisas, para me fazer continuar e crescer.

Agradeço aos meus irmãos mais velhos, Juninho e Michelle, pela companhia, pelo apoio, pelo amor e proteção que sempre me fizeram buscar o melhor. Obrigada por repassarem suas experiências, por me ensinarem tanto, na intenção de me fazerem ser melhor a cada dia.

Ao meu pai, meu eterno agradecimento por uma criação exemplar, que me levou a ser uma jovem e adulta de princípios, incapaz de desistir diante das adversidades e que procurasse sempre preservar o bem-estar alheio, sem deixar de crescer pessoalmente e profissionalmente.

Aos meus avós Chico e Carolina (*in memoriam*), minha gratidão por me criarem brilhantemente e por conferirem proteção e intercessão, diretamente do céu.

Aos meus maravilhosos amigos e às minhas maravilhosas amigas, de Lavras ou de Campo Belo, minha gratidão, por terem sido, durante todo o tempo da faculdade, uma segunda família. Obrigada por terem proporcionado a mim, tantos momentos, tantas histórias, tantas alegrias. Obrigada por serem apoio e compreensão, durante os momentos de dificuldade, por serem felicidade nos momentos de tristeza, por serem irmãos e irmãs de coração em todos os momentos.

Ao meu amor, Marcus, meu agradecimento por toda compreensão, paciência e por todo apoio durante essa reta final universitária. Obrigada por estar sempre ao meu lado e não medir esforços para me ver bem e feliz.

À minha querida, ímpar e exemplar orientadora; Professora Doutora Juraciara Vieira Cardoso, meus agradecimentos pelos ensinamentos passados, pela paciência, pela dedicação; e, por além de tudo isso; me ensinar sobre a vida, sobre as pessoas e por me mostrar que o Direito, vai muito além das normas positivadas, mas trata do indivíduo, ser supremo, que deve ser sempre respeitado.

À maravilhosa Universidade Federal de Lavras, meu respeito, meu carinho e minha eterna gratidão, por ter me proporcionado durante cinco anos, o melhor período de toda minha vida. Obrigada por me fazer ser uma pessoa melhor, um ser humano aberto ao convívio com a diferença. Minha eterna gratidão por permitir que meu sonho se tornasse realidade.

A todos os meus colegas de sala, de curso, e a todos os professores do departamento, agradeço pela companhia, pela dedicação em ensinar e por transmitirem todo o conhecimento possível.

Meu coração está alegre! Muito obrigada a todos e à todas que contribuíram para o momento que estou vivendo.

Nisto erramos: em ver a morte à nossa frente, como um acontecimento futuro, enquanto grande parte dela já ficou para trás. Cada hora do nosso passado, pertence à morte. (Sêneca)

RESUMO

O tema deste trabalho de conclusão de curso diz respeito à autonomia do paciente em estado de terminalidade. Mais especificamente, quanto a tomada de decisões no leito de morte, com o objetivo de verificar se o princípio da dignidade da pessoa humana está sendo satisfeito e se a vontade do paciente está sendo respeitada. A pesquisa buscou averiguar diferentes correntes de pensamento acerca do tema proposto. O presente trabalho aborda através dos mais diversos ângulos o direito de morrer dignamente e a capacidade de realizar escolhas sobre a condução da própria morte. Uma reflexão sobre um tema que não é abordado com liberalidade entre as conversas do dia a dia ou na legislação brasileira e que precisa ser discutido e debatido incessantemente, uma vez que todos os seres humanos chegarão ao fim de sua vida ou de terceiros próximos e necessitarão realizar escolhas que envolvam autonomia, dignidade e direito de escolha.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia. Morte. Bioética. Dignidade. Direito de morrer. Direito à vida.

ABSTRACT

The subject of this work concerns the autonomy of the patient in the terminal state. More specifically, on the decision-making on the deathbed, with the aim of verifying whether the principle of human dignity is being satisfied and whether the patient's will is being respected. The research sought to investigate different currents of thought about the proposed theme. The present work approaches through the most diverse angles the right to die worthily and the capacity to make choices about the conduct of one's own death. A reflection on a theme that is not dealt with liberally between everyday conversations or in Brazilian legislation and that needs to be discussed and debated incessantly, since all human beings will reach the end of their life or of close ones and will need choices that involve autonomy, dignity and the right to choose.

KEY WORDS: Autonomy. Death. Bioethics. Dignity. Right to die. Right to life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. SUJEITO DE DIREITO PÓS-MODERNO E AUTONOMIA	15
3. DECISÃO SOBRE O VALOR DA VIDA: A VIDA COMO UM BEM JURÍDICO	18
4. DEFINIÇÃO DE MORTE	22
4.1. A Morte como um Tabu	22
4.2. Definição Somática de Morte	25
4.3. Definição de Morte Encefálica	26
4.4. Definição de Morte das Funções Superiores do Cérebro	28
5. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	30
5.1. O Consentimento Informado	32
6. AUTONOMIA: ELEMENTOS CONCEITUAIS E VALORAÇÃO JURÍDICA	36
6.1. Breve Histórico e Conceitos	36
6.2. A Autonomia na Bioética	38
6.3. Limitações à autonomia	39
6.3.1. Limitações referentes aos Direitos da Personalidade	39
6.3.2. Limitações referentes à Vulnerabilidade	41
6.3.3. Limitações referentes à Incapacidade Jurídica	42
6.3.4. Conceito Insuficiente de Autonomia da vontade no Direito Brasileiro	44
7. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	49
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

1. INTRODUÇÃO

O homem visto como ser autônomo e sujeito de direitos, parece tomar, nos dias atuais, a consciência de sua posição em um meio normatizado e disciplinado. A sociedade dentro da qual este sujeito se insere, passa incessantemente por processos de progresso.

Por estes processos de desenvolvimento, alguns conceitos históricos e enraizados socialmente, tem a necessidade de serem debatidos. É o caso dos conceitos de vida e morte. Acompanhando-os no contexto da temática levantada nesse trabalho, e interligando-os ao conceito de autonomia da vontade apresentado pelo Código Civil Brasileiro, este conceito de autonomia é colocado em cheque e surge, então, a necessidade de buscar argumentos que possam suprir sua insuficiência.

No período pós-moderno, os conceitos de vida e morte ganharam novos aspectos. A tecnologia e a ciência passaram a influenciar diretamente a vida do ser humano. Sobre a temática, SILVA (2000, p. 14) disserta que “testemunhas da pós-modernidade são a clonagem, o implante de órgão, próteses e órgãos artificiais engendram uma geração de seres em estados artificiais que colocam em xeque a originalidade ou naturalidade do humano”. Torna-se nítido, portanto, que os novos aspectos, mencionados anteriormente, tratam de ações que são inseridas no meio médico-científico, e podem ligar-se diretamente as escolhas de um paciente em estado de terminalidade.

A partir disso, surgem polêmicos e conturbados questionamentos que, além de envolverem o âmbito jurídico, tratam também da moral e da ética e acabam fazendo com que o Direito se torne insuficiente na medida em que suas determinações e concepções não mais abarcam aquilo que acontece na realidade.

Dentro das várias discussões demonstradas anteriormente, que podem emergir e que tratam diretamente da temática que envolve a vida, a morte e autonomia do sujeito, uma delas, é a que se ocupa sobre a capacidade de tomada de decisões do paciente em estado de terminalidade.

A partir dos debates levantados sobre essa temática, surgem diversos questionamentos que giram entorno do “leito de morte”. Questiona-se “até que ponto vale a pena manter uma pessoa viva após esgotados os recursos terapêuticos?” “Vale a pena garantir a vida até seus

últimos minutos, mesmo que para isso o sujeito esteja condicionado a situações desumanas e degradantes?” “A vida de um paciente em estado de terminalidade deixa de ser prazerosa e passa a ser um tormento a partir de qual momento?” “O ‘direito de morrer’ deveria ser uma das garantias preservadas ao indivíduo?” Em tempos em que há a prevalência dos Direitos Humanos e das garantias fundamentais, tais questionamentos perturbadores devem ser trazidos ao debate, sob pena de uma violação silenciosa aos direitos de enfermos em processo de terminalidade da vida.

O presente trabalho não busca trazer respostas concretas e certas para as questões levantadas, mas busca, na verdade, levantar novos questionamentos e problematizá-los; não apenas de modo retórico, mas, analisá-los através de um prisma crítico, analítico e interdisciplinar, uma vez que a temática ultrapassa o âmbito jurídico.

2. SUJEITO DE DIREITO PÓS-MODERNO E AUTONOMIA

Para compreender a atual posição do homem frente ao direito, é importante considerar a virada paradigmática que propiciou a superação da metafísica clássica, que tinha como base o paradigma do ser, passando, então, para a metafísica do sujeito, o chamado paradigma da consciência.

René Descartes, apontado como o fundador da modernidade filosófica (LUDWING, 1995, p. 25; FONSECA, 2002, p.58), propôs que a teoria do conhecimento estava no lugar da verdade, já que para entender a “essência” seriam necessárias as representações racionais e autênticas do sujeito (HABERMAS, 1990, p. 22), superando, assim, o pensamento ontológico objetivista que visa a coisa em si e a essência.

Porque falar sobre o homem como centro da pós-modernidade quando se quer falar sobre sua autonomia? O processo de secularização, que advém dos processos globais de racionalização, que se deram nas esferas econômica, política e cultural; faz com que a humanidade descubra seu potencial, admitindo, assim, seu poder de interferência no mundo. Assim, a figura das divindades sai de cena e o sujeito, autônomo e racional, passa a ser o centro das discussões.

A partir disso, entram em cena as discussões que envolvem a razão do indivíduo e, conseqüentemente, a autonomia do sujeito, que, nesse momento, é o centro das atenções. Juntamente com essa evidenciação da autonomia, há a desvinculação da moral dos aspectos religiosos. A moral seria, então, algo interno ao sujeito e capaz de ser apreendido pela razão, tornando-se, assim, com a ajuda de Kant, um parâmetro de comportamento de proporções universais.

Os processos de modernização desejaram sempre trazer à tona a figura de um homem livre, racional e autônomo. Desse modo, esse sujeito deveria ter assegurado seus direitos e liberdades, para ser capaz de exercer tudo aquilo que lhe seria alcançável. Para exercer tudo isso, era necessária a existência da autonomia e de seus conseqüentes desdobramentos.

A autonomia do indivíduo era buscada em diversas esferas da vida, seja ela social, política e, até mesmo, cultural. Como Deus saiu de cena, o homem tornou-se responsável por suas próprias ações, sendo assim, capaz de decidir sobre sua vida de acordo com seus interesses

próprios, sem estar condicionado a determinações religiosas e sociais. É nesse momento que o ser humano passa a ser visto como uma categoria universal e abstrata, que no ambiente jurídico se transforma no chamado “sujeito de direitos”, que é plenamente responsável por suas ações. Os direitos passam, então, a estarem ligados a personalidade e serem decorrentes da racionalidade do indivíduo, que é capaz de dar leis a si próprio.

Neste ponto, a partir do século XX, surgiu a noção dos chamados direitos personalíssimos. Neste ramo, passaram a ser reconhecidos o vínculo entre os indivíduos e o prolongamento de sua personalidade (ocasionando o surgimento dos bens da personalidade). O reconhecimento de tais direitos não aconteceu por acaso. Ao longo do século XX, o desenvolvimento científico, principalmente ligado à área da medicina e da biologia, deixou clara a necessidade da determinação desses direitos. Ao passo que novas áreas de saberes, como a biotecnologia e novas descobertas da ciência, chegavam cada vez mais rápido e de modo incisivo ao meio social, tornou-se inevitável utilizar-se dos direitos da personalidade para proteção do próprio sujeito contra o avanço científico.

O processo de modernização colocou em cheque a busca pela autonomia do indivíduo, que, cada vez mais, se viu atrelado as correntes do formalismo jurídico, pelo sistema capitalista e pelas tecnologias científicas. Com as atrocidades, que ocorreram durante os anos do século XX, – resultantes das Guerras Mundiais, grandes chacinas, conflitos entre continentes, genocídios e tantos outros atos violentos – que atingiram a humanidade de modo cruel, anulando seus direitos, sua capacidade de escolha e sua dignidade, o homem passou a buscar relações mais benevolentes, despertando-se para um caráter mais humanista. Neste intermeio, a ética ganhou espaço, para tentar suprir as insuficiências normativas e tentar colocar o homem como fim, e não meio, visando o progresso da própria humanidade.

Com a valorização dos princípios humanitários em decorrência dos acontecimentos mencionados no parágrafo anterior, a autonomia, que anteriormente era adulterada pela dialética capitalista para fortalecer o desenvolvimento econômico e industrial, hoje está sendo apresentada a partir de uma lógica voltada ao sujeito e à sua dignidade, valorizando-se os princípios humanitários e os direitos fundamentais do sujeito, com o intuito de proteger o ser humano que, em muitos momentos, esteve vulnerável, dada a proteção normativa insuficiente.

Algo que retrata esta realidade inquietante do homem pós-moderno, que coloca em questão a sua autonomia (aquela ligada às necessidades e aos direitos que se relacionam coma

vida e a morte), é a capacidade de escolha do paciente em estado de terminalidade. Tal temática será abordada nos capítulos seguintes do presente trabalho e buscará apresentar o sujeito de direito pós-moderno e autônomo, que é capaz de exercer sua autonomia diante do processo de terminalidade da vida, sem que lhe sejam impostas dogmáticas sociais que desrespeitem seu desejo e priorizem somente conformidades jurídicas.

3. DECISÃO SOBRE O VALOR DA VIDA: A VIDA COMO UM BEM JURÍDICO

Como o tema do presente trabalho envolve a morte, se faz necessário analisar em primeiro lugar a vida; mesmo que se trate da morte como uma consequência da própria vida, como um direito ou como um rito, até porque a morte é a etapa final da vivência do ser humano.

Elaborar uma definição do que é “vida”, é uma tarefa bastante difícil, já que, diante das tentativas, há a possibilidade de formular um significado um tanto limitado.

Vida significa existência. Conforme definição do dicionário Michaelis, vida é o “período de tempo compreendido entre o nascimento e a morte de um ser vivo; existência.”¹ Neste trabalho será utilizada a definição semântica do termo, para auxiliar no desenvolvimento da temática proposta inicialmente.

Independente da interpretação dada ao termo, é sabido que a vida é tutelada pelo ordenamento jurídico pátrio, que a eleva a um bem jurídico, sendo, portanto, um bem que integra o indivíduo em sua personalidade, sendo assim, um dos direitos fundamentais. Para o jurista Alexandre de Moraes (2003, p. 63), “o direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos.”

A vida pode ser entendida como a fonte inaugural de todos os demais bens jurídicos. A partir do direito à vida, emerge a indispensabilidade de tutelar outros bens, como a dignidade da pessoa humana, a integridade mental e física, a honra, a liberdade, a imagem, a privacidade, entre outros direitos (SILVA, 2001, p. 195).

O mesmo autor em suas explicitações expõe o entendimento de que “todo ser dotado de vida é um indivíduo, sendo o homem, além disso, pessoa” (SILVA, 2001, p. 196). Portanto, se um indivíduo é dotado de vida, ele será dotado também de personalidade jurídica, cabendo ao direito, proteger este bem.

O Art. 5º da Constituição Federal do Brasil de 1988, assegura o direito à vida, somando a tal direito, o direito à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Tal artigo estabelece

¹ MICHAELIS. Significado do termo “vida”. Dicionário Michaelis online. Ed. Melhoramentos. 2019. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=vida.>>. Data de acesso: 26/05/2019.

relação direta com o Art. 1º da Magna Carta que confere proteção à dignidade da pessoa humana. Além destes, os arts. 196, 225 e 227 trazem a partir de suas disposições a proteção direta ou indireta da vida.

Levando em consideração a vida como um bem fundamental, tutelado pelas normas jurídicas, emergem-se questionamentos éticos sobre as condutas sociais que visam a conciliação entre o progresso da ciência e as práticas médicas que afetam o bem jurídico de extremo valor que é a vida.

Tais questionamentos visam exprimir uma valoração da vida, tentando assim, delimitar se a vida possui um valor intrínseco, instrumental, subjetivo, sagrado, ou ainda, se o seu valor passa a existir ao passo que se reconhece uma dignidade humana a ela.

Ronald Dworkin (1993, p. 71) através de seus posicionamentos doutrinários explicita que o valor instrumental de algo é dado através da proporcionalidade estabelecida entre a sua importância e sua utilidade. Em contrapartida, o valor subjetivo é aquele que é atribuído a algo de acordo com o desejo de um indivíduo em relação a tal bem. Enquanto isso, o valor intrínseco, é aquele que se atribui a algo, independentemente do que deseja o indivíduo – há um valor e este, portanto, deve ser respeito.

Dworkin (1995, p. 71) afirma que existe uma visão da vida a partir das três formas apresentadas anteriormente. Em sua obra, ele aponta exemplos que demonstram as três formas. Para ele, quando há o julgamento de um indivíduo de modo positivo, em relação ao bem que ele proporcionou ao meio social, está sendo realizada uma análise através da visão instrumental. Ao mesmo tempo que, ao se analisar a vida do outro, tendo assim a percepção sobre a vontade daquele de viver, há a valoração subjetiva e pessoal daquela vida. Por último, quando há um julgamento sobre a vida, tratando-a como algo acima de tudo, que deve ser respeitada em qualquer contexto, há então, a visão do valor intrínseco da vida.

A vida para muitos tem um valor sagrado, sendo assim, inviolável por representar a criação divina, ou seja, a vida representa uma obra de Deus, que criou o ser humano à sua imagem e semelhança, e dela ninguém poderá dispor, de forma alguma. Para outros, a sacralidade da vida está atrelada ao fato desta ser obra da natureza que teve como resultado, a raça humana (CORRÊA, p. 24).

Este valor sacro da vida, implica em uma tradição histórica que influencia diretamente a prática médica, desde a Antiguidade até os tempos modernos.

Independente de qual a origem do cunho sagrado da vida, muitas pessoas são extremamente resistentes à ideia de terminalidade da vida, afetando assim, a capacidade de escolha e de exercício da autonomia daqueles que se encontram enfermos, em um processo de terminalidade da vida.

Outras visões tratam a vida como uma criação do próprio ser humano, que se materializa através de suas escolhas e decisões. Neste caminho, a vida passa a ser protegida em um “sentido cultural” (DWORKIN, 1993, p. 93), conforme ensina Dworkin em suas proposições. Desse modo, de acordo com suas escolhas e prioridades, o indivíduo poderá conferir a vida o valor que entender suficiente.

Em consonância com essa visão, a escolha do paciente em estado de terminalidade da vida pertence a ele mesmo e decorre de sua autonomia, que lhe guiou durante a vida e deverá, portanto, lhe guiar no momento de sua morte.

A absolutização do conceito de vida, através da conceituação sacra, pode fazer com que os limites da dignidade humana sejam ultrapassados, atingindo desse modo, a autonomia, a liberdade, a intimidade e honra do ser humano. Há a chance de que o direito à vida, se torne na verdade, um dever (dever à vida).

É importante que nos momentos em que surjam conflitos que atentem sobre o sentido da vida, seja possível interligar os valores que fazem do ser humano mais que um simples ser vivente. É através dessa associação que a medicina moderna, deve buscar, um modo que não sejam violados os direitos primordiais do indivíduo.

O indivíduo deve ser analisado, como um sujeito de direitos, capaz de realizar suas próprias escolhas através de sua autonomia, como um cidadão. Essa análise não pode se ater somente as garantias individuais asseguradas pela máquina estatal. Os valores individuais do paciente em estado de terminalidade da vida devem ser levados em conta, para analisar assim, qual é o melhor interesse para ele como cidadão e indivíduo singular.

Levando em conta a sacralidade da vida, para muitos, a morte de determinada forma pode ser um desrespeito a todas as convicções que o indivíduo tinha durante sua existência. Este

respeito deve ser considerado na aceitação de um fim digno à vida. Muitas vezes, a autonomia do sujeito irá afrontar-se com o valor sacro, ou intrínseco da vida.

É nítido que o Estado tem enorme dificuldade em solucionar este afrontamento, já que, em muitas vezes há a instituição de um valor e juízos coletivos e generalizados, diante de uma situação em que primordialmente, as escolhas individuais deveriam se sobrepor.

É importante considerar que a vivência moderna se dá em uma sociedade plural e democrática, que deve estar livre de dogmáticas absolutistas. O primordial é a busca por um modo eficaz que permita o respeito às diferenças, sejam elas de crenças ou valores, de modo que sejam conciliadas a liberdade, e a responsabilidade social.

A bioética surge como uma das alternativas para que se alcance a estabilidade diante das situações conflituosas entre princípios e valores fundamentais, tidos como invioláveis. E será a partir dos entendimentos bioéticos que o presente trabalho buscará alcançar a elucidação da temática proposta inicialmente.

Uma vez analisado o conceito de vida, atrelando-o ao seu valor jurídico, a próxima análise tratará da face oposta: a morte.

4. DEFINIÇÃO DE MORTE

A morte pode ser considerada como a perda do status moral pleno. Para VEATCH (2014, p. 31) status moral pleno é a referência “a qualquer ser ao qual temos algum tipo de dever”. Ainda diz que, os detentores do status moral são: “(...) aqueles aos quais as normas morais se aplicam, ou seja, aqueles aos quais são devidas obrigações de beneficência, não maleficência e outros princípios morais”. Quando este status é perdido, o indivíduo morre. Juridicamente, tal acontecimento faz com que direitos legais que eram aplicados a esse mesmo indivíduo, não sejam mais aplicados. Ao considerar um indivíduo como morto as obrigações legais dele deixam de existir.

Existem três posições gerais que determinam biologicamente o que é estar morto; são elas: a morte cardíaca – perda irreversível de função cardíaca e respiratória; morte encefálica – perda irreversível de todas as funções do encéfalo; morte das funções superiores do cérebro – perda irreversível das funções superiores do cérebro (responsáveis pela consciência de outras funções consideradas cruciais). Tais posições surgiram a partir dos estudos de: *Capron, 2004; Controversies in the Determination of Death: A white paper by the president's Council on Bioethics, 2008; Lamb, 1985; Law Reform Commission of Canada, 1979; President Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1981*, que estão expostos na obra de Robert M. Veatch (VEATCH, 2014, p. 36).

Além das três posições científicas apresentadas anteriormente, se faz necessário analisar a morte como um tabu, já que as três posições científicas remetem ao ciclo de finalização da vida e ao encarar a morte como algo estranho à realidade, não haverá, portanto, o reconhecimento destas três posições e o indivíduo não saberá o modo adequado de encarar seus momentos finais, e muito provavelmente não terá suportes adequados para quando isso ocorrer, pois o ser humano, de modo geral ainda não é capaz de lidar com a morte sem estabelecer uma ligação entre ela e sentimentos pesados, que muitas vezes fogem da compreensão humana.

4.1. A Morte como um Tabu

O processo existencial, que começa no momento da concepção, hora ou outra chegará ao final, ou seja, no momento da morte. Mesmo com toda a evolução que já ocorreu nas

sociedades, a morte ainda é um tabu. Ainda que seja um processo difícil e doloroso, a morte é certa e irremediável. Morrer é tão natural quanto crescer.

Para muitas pessoas, é difícil encarar a finitude da vida e aceitar que as vivências cessarão em algum momento. O mundo ocidental pós-moderno foi responsável por transformar os momentos finais da vida em tabu. É perceptível que, na maioria das rodas de conversas e em qualquer espaço social, o assunto é muitas vezes evitado e ocultado e que temas que remetam ao assunto também sejam encarados de forma receosa, como a velhice e a enfermidade.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a morte, que anteriormente era um acontecimento para ser vivido, mesmo que em meio aos seus percalços, e que, inúmeras vezes, envolvia festas e refeições em seu ritual, em concordância com as exposições de Marcos Callia (2005, p. 09), passou, então, a fazer parte recorrente do presente. Desse modo, a morte passou a ser repelida. KÜMBLER-ROSS (1981, p. 26) demonstra em sua obra que:

As guerras, os tumultos, o aumento do índice de criminalidade podem ser sintomas da decrescente incapacidade de enfrentar a morte com resignação e dignidade. Talvez devamos voltar ao ser humano individual e começar do ponto de partida para tentar compreender nossa própria morte, aprendendo a encarar menos irracionalmente e com menos temor este acontecimento trágico, mas inevitável.

O medo da morte é um sentimento que acompanha o indivíduo durante a vida toda. Muitas vezes, ele já é notório na infância, quando ocorrem as primeiras experiências de perda e sofrimento. É o medo do desconhecido, somado ao medo da própria extinção, da ruptura das ligações afetivas, medo de estar sozinho e de, conseqüentemente, sofrer, exposições estas de Maria Fernanda Vomero (2002, p. 01).

O fantasma da morte está presente no âmago de cada indivíduo, ele faz com que cada sujeito se questione sobre como lidar com a morte, já que foi criado em contexto hostil à ideia de finitude. A juventude é ansiosa pelo consumo de prazeres e produtos de maneira rápida, e, diante disso, busca meios de esconder a solidão.

A vida é, frequentemente, exposta através de cenas que mostram momentos de prazer e alegria, vive-se uma comunhão pública de experiências vazias. O medo de tornar-se retrógrado se insere na intimidade e faz com que a vida seja focada somente nos acontecimentos momentâneos, sem que se pense naqueles que estarão logo à frente. “As falsas necessidades que preenchem as pessoas fazem com que vivam muito mal. Não há uma vida emocional rica e com isso, muitas vezes as pessoas morrem sozinhas experimentando um medo ainda maior: a solidão”. É nítido que as pessoas “sempre gastam seus dias tentando aproveitar a vida e chegam ao momento da morte totalmente despreparados”. Afirma Basílio Pawlowicz, filósofo da Associação Palas Athena, centro de estudo especializado em temas que possuem ligação com a espiritualidade (VOMERO, 2002, p. 02).

Por não pensar nos momentos que irão suceder o presente e a vida saudável, onde o sujeito ainda detém sua capacidade plena de discernimento e de escolha, a morte se torna um tabu, sendo, de tal forma, um acontecimento que as pessoas tentam evitar de todas as maneiras possíveis - o que engloba tratamentos estéticos, até ações de prevenção que, na verdade, são irreais e até mesmo inatingíveis -.

Não há planejamento para o final da vida, não se conversa sobre diretrizes antecipadas de vontade, não há esclarecimento ou apontamento de desejos pessoais por parte da maioria das pessoas, quando se trata dos momentos finais da vida. Isso faz com que os ciclos finais do indivíduo, muitas vezes, sejam desrespeitados, por seguirem normas morais e padronizações impostas pela sociedade e, até mesmo, pelas normas jurídicas legais.

Se faz necessário que a morte passe a ser vista como um fato, uma realidade, que nenhum indivíduo será capaz de fugir. A morte atinge a todos, sem escolher cor, raça ou credo. As vezes ela chega de forma esperada, as vezes, de forma premeditada ou, as vezes, é capaz de surpreender.

A morte é uma etapa da existência com a qual todas as pessoas se veem obrigadas a conviver e não há escolha, todos começam o processo de morte desde os primeiros momentos de vida. Como toda vivência, a morte é um processo, que, longo ou curto, precisa ser encarada pelo ser humano, para que, em seus momentos finais, haja respeito a sua vontade e que, acima de qualquer coisa, sejam priorizados seus desejos expostos durante a vida. No entendimento de Sogyal Rinpoche, “para experimentar a “boa morte” e morrer de modo sereno – em oposição a viver atormentado e assim morrer sofrendo – é preciso absorver a ideia de que, como todas as

outras coisas neste mundo, todo ser humano não é permanente”.² E é nesta esfera que existem as ações que envolvem o campo do Direito e a autonomia do sujeito, que é discutida em situações que envolvam a capacidade de escolha do paciente em estado de terminalidade da vida.

Passada a análise da morte como um tabu na sociedade atual, serão vistas as definições de morte sob aspectos médicos e científicos, a fim de se elucidar como a morte física ocorre.

4.2. Definição Somática de Morte

Neste conceito, a morte acontece quando o corpo do indivíduo perde, de modo irreversível, a capacidade de continuar seu funcionamento de maneira integrada. Geralmente, o foco, ao analisar a morte de um indivíduo, está no término das funções circulatórias e respiratórias, mas ainda assim, as funções corporais estão mantidas, tais como digerir, eliminar, reproduzir, dentre outras, segundo a definição dada por Anilton Cesar Vasconcelos (2000, p. 01).

Jonas (1974); Shewmon (2001), que apoiam a presente conceituação dissertam que o essencial em vida é que o corpo está vivo, e pode executar sua manutenção complexa e integrada como um único corpo. Essa é a chamada integração somática. Muitas vezes, toda essa integração é interpretada simplesmente como definição cardíaca, uma vez que, refere-se ao sistema circulatório e respiratório. Mas tal definição engloba outros sistemas e, não somente, diz respeito, ao funcionamento do coração (VEATCH, 2014, p. 37).

É possível que alguém esteja vivo, mesmo que seu coração não funcione mais (mesmo considerando a presente definição de morte). Um indivíduo que sofre morte somática é aquele que perde, irreversivelmente, as principais capacidades integrativas corporais e dentro delas estão inclusas as funções cardíacas e respiratórias, que em sua maioria são controladas pelo coração. Se tais funções estão sendo mantidas por um mecanismo artificial, tal fato não faz com que determinada pessoa seja considerada morta (VEATCH, 2014, p. 37).

²Nesta obra o autor oferece uma orientação para a vida e para a morte cujas raízes estão nas tradições do povo Tibetano - RINPOCHE, Sogyal. O Livro Tibetano do Viver e do Morrer. 13ª Ed. Palas Athena. 2014. 548 p.

Como foi explicitado anteriormente, para que um indivíduo seja considerado morto à luz da presente definição, é necessário que seu quadro seja irreversível, nas definições de Robert M. Veatch. Tal fato traz uma problemática à tona. É comum no meio médico e também bastante errado, que se diga que um paciente, após sofrer uma parada cardíaca e ser ressuscitado, estava “cl clinicamente morto”. Se tal fato ocorre, o paciente nunca esteve morto, já que para a definição somática de morte tem de haver a perda irreversível das funções cardíacas. Seus tecidos permaneceram vivos e, graças a manobra de ressuscitação, suas funções cardiovasculares não pararam de maneira irreversível (VEATCH, 2014, p. 39).

É necessário observar e respeitar as caracterizações que determinam efetivamente a morte de uma pessoa. A doação de órgãos, por exemplo, só pode ser efetivada caso haja a comprovação da morte somática e que não haja a possibilidade de ser realizada alguma manobra de ressuscitação do paciente em questão. Além disso, outras consequências jurídicas como leitura de testamentos, transferências de bens, interrupção do estado civil, só podem ocorrer com a efetiva confirmação da morte.

Existe um grande problema ocasionado pela aplicação da definição de morte que está em discussão. Como nessa conceituação a morte só é considerada após a paralisação de todas as funções integrativas, milhares de pessoas que esperam nas filas, por doações de órgãos, não serão beneficiadas, uma vez que, a maior parte dos órgãos não poderá ser mais usada em transplantes, devido à espera de paralisação de todas as funções integrativas (VEATCH, 2014, p. 39).

Posto isso, há a crença de que tal definição não é mais apropriada. Afirmar que um indivíduo morre somente com a paralisação de todos os fluidos corporais – fluxo sanguíneo e respiratório – ou que está vivo porque ainda mantém funções como digerir ou evacuar é ultrajante. A vida humana ultrapassa os mecanismos que envolvem a integração corporal. Para supor tal lacuna, há outra definição a respeito do que seria então, morrer que será analisada adiante.

4.3. Definição de Morte Encefálica

O autor Robert M. Veatch, assevera que a definição de morte encefálica ou cerebral surgiu no ano de 1970. Para a presente definição, a morte ocorre quando há a perda irreversível de

todas as funções do encéfalo, que inclui o tronco cerebral (Harvard Medical School, 1968; *Task Force on Death and Dying*, Institute of Society, Ethics and The Life Sciences, 1972) (VEATCH, 2014, p. 40).

Essa definição científica se baseia na informação de que a essência da vida humana está na capacidade do indivíduo, de integrar as funções corporais, e, como acredita-se que é o cérebro o órgão responsável por realizar tal integração, alguém só estará morto quando o cérebro, e todos os outros tecidos que compõem o encéfalo, pararem de modo irreversível suas funções. É importante considerar que o cérebro mantém suas funções, estando em contato e interagindo com o ambiente externo, desse modo, é possível perder as funções individuais e, mesmo assim, continuar vivo (VEATCH, 2014, p. 40).

Observando os aspectos jurídicos, a definição de morte encefálica é mais utilizada em todas as legislações mundiais. Um ponto importante a ser considerado é que, levando em conta a presente definição, para determinar a morte de uma pessoa, deve-se ponderar sobre os mecanismos que mantem a vida artificialmente (VEATCH, 2014, p. 40). Muitas pessoas acreditam que estes procedimentos devem ser utilizados por pessoas vivas e defendem que tal suporte não deve ser oferecido para pessoas que já tenham constatada sua morte cerebral. Tais tratamentos em determinadas visões, podem ser interrompidos, mesmo contra o desejo dos familiares. De acordo com esse olhar, os familiares não podem insistir na continuação da vida do paciente que até então, é mantida por meio artificial.

Considerando de modo jurídico, em Veatch (2014, p. 41):

O paciente que usa respiradores artificiais ou qualquer outro meio mecânico de sobrevivência e está morto de acordo com o conceito de morte encefálica, compõe um cadáver incomum. Através desse método, ele respira e seu coração continua batendo, mas, considerando que as funções cerebrais pararam, ele está morto.

No tópico a seguir, passar-se-á análise de outra definição do conceito morte, esta irá considerar a morte, a partir de aspectos funcionais superiores do cérebro, já que a conceituação explicitada no presente tópico, traz à tona o surgimento desta nova definição.

4.4. Definição de Morte das Funções Superiores do Cérebro

Os fatos expostos no item anterior fazem com que a definição de morte das funções superiores do cérebro emerja na tentativa de explicitar dúvidas que podem surgir com a utilização da definição de morte encefálica. Segundo a presente visão, elaborada por Veatch,(2014, p. 41) “um indivíduo só morre quando há a perda irreversível das funções superiores do cérebro.” É o caso de pacientes que estão em coma, mas que ainda possuem reflexos (mesmo que limitados) no tronco cerebral, desse modo, não se pode considerar a definição de morte encefálica ou cerebral. Na presente formulação, suscita-se a possibilidade de que determinadas ações encefálicas podem ser desconsideradas no processo de vida do indivíduo, permitindo que, mesmo sem seu funcionamento, haja vida. Mas, se as funções superiores do cérebro, ainda assim, não estão mais presentes, o paciente será considerado como morto.

Existe uma grande discussão acerca do que sejam as funções críticas corporais, ou seja, quais seriam aquelas capazes de definir o momento da morte, quando suspensas. Os teóricos que apoiam a utilização da definição de morte das funções superiores do cérebro, entre eles Ferraz Gonçalves, acreditam que as funções que definem o momento da morte - as chamadas funções críticas - são aquelas funções cerebrais superiores que controlam a consciência, a cognição e as emoções (GONÇALVES, 2007, p. 246).

Há definições que consideram a morte das funções superiores do cérebro, como a perda irreversível de consciência, que ocorre quando há a ausência total de resposta cerebral, conforme determina Genival Veloso de França (2001, p. 173), e que pode ser comprovada pela realização de eletroencefalogramas planos: “exame que analisa a atividade elétrica cerebral espontânea, captada através da utilização de eletrodos colocados sobre o courocabeludo”³. E é

³ SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. Eletroencefalograma (ECG). Disponível em:<<https://www.einstein.br/especialidades/neurologia/exames-tratamentos/eletroencefalograma>>. Acesso em: 04/06/2019.

a partir deste ponto, que muitas ações com o indivíduo, se tornam inaceitáveis; quando tomamos a primeira definição de morte exposta, que trata da perda do status moral do indivíduo.

Mundialmente, há a defesa de uma dessas definições de morte, que são utilizadas seguindo as crenças e proposições médicas locais. Em Nova Jersey, por exemplo, aceita-se a definição de morte cardiorrespiratória (somática). No Japão só se passou a utilizar o conceito de morte encefálica em 1997, limitando-o aos casos de doações de órgãos para transplantes (VEATCH, 2014, p. 40). É através dessas definições que há a determinação da perda do status moral do indivíduo que falece. Seja por uma paralisação irreversível de suas funções cerebrais, cardíacas ou das funções superiores do cérebro. Há, imediatamente, uma mudança biológica e, conseqüentemente, moral, que impede, assim, que certas ações aconteçam, tanto em direção ao indivíduo que acaba de morrer, quanto em direção dele, para a sociedade (VEATCH, 2014, p. 40).

A partir das definições de morte apresentadas, se faz necessária uma análise mais detalhada da relação que se estabelece entre o paciente e o médico. Pois, é a partir de tal relação que estes conceitos e outros, que se referem ao contexto do enfermo e do paciente em estado de terminalidade da vida, serão aplicados.

5. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

Levando em consideração a época em que viveu Hipócrates – considerado por muitos como uma das figuras mais importantes da história da Medicina – até os tempos modernos, é notável que a relação entre médico e paciente se baseia em um modelo paternalista – exposto por Beier e Lannotti – (2010, p. 383), que tem apresentado evoluções significativas, ao ser confrontado com o consentimento livre e esclarecido do paciente, que, cada vez mais, exerce papel de protagonista na tomada de decisões que dizem respeito aos procedimentos médicos.

Os primeiros exercícios da Medicina se baseavam no modelo sacerdotal; de modo que, o médico era o interventor entre o homem e Deus. Dessa forma, o médico seria responsável, então, por decidir qual eram as melhores escolhas para o paciente (BEIER; IANNOTTI, 2010, p. 385).

Essa relação estabelecida entre médico e paciente era orientada pelos princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça. De acordo com o princípio da beneficência, as ações praticadas pelo médico são voltadas a garantir o bem-estar do paciente. Tal princípio tem ligação direta com o da não-maleficência, que visa garantir que não haja nenhum prejuízo ao paciente, decorrente das ações do médico. Já o princípio da justiça determina que as ações do médico devem sempre se basear na justiça (SILVA, 2010, p. 419). E, por último, o dever do sigilo estabelece que “o médico deve guardar para si as informações repassadas pelo paciente, através da confiança que é depositada em si (...)” (CFM, 2010, p. 31), normatizado pelas disposições do Conselho Federal de Medicina.

Torna-se claro, diante do exposto anteriormente, que o paciente dentro dessa relação ocupava o polo passivo, de modo que, apenas “recebia” as decisões dadas por seu médico.

À medida em que o indivíduo plural passou a conquistar e garantir seus direitos, entre eles os direitos fundamentais – liberdade, igualdade e dignidade – ,tais direitos passaram a se firmar nas leis e no convívio social, alterando aos poucos a realidade demonstrada anteriormente.

As transformações sociais advindas das Declarações da Carta dos Direitos Humanos e dos Cidadãos, com a Revolução Francesa, em 1789⁴, da Declaração da Independência dos Estados Unidos, em 1776; além da Declaração dos Direitos Humanos em 1948, repercutiram na Medicina e, assim, a autonomia começou a ser inserida na relação médico-paciente, em consonância com a obra de Gruskin, Mills, e Tarantola.(2007, p. 452).

Ao longo da história humana, surgiu a necessidade do dever de informação do médico para com seu paciente, e sobretudo, a necessidade de que tal informação fosse verdadeira. Principalmente após a Segunda Guerra Mundial, a proclamação do Código de Nuremberg, como reação as atrocidades cometidas pelos nazistas nos campos de concentração, onde estavam inseridos campos de pesquisa médica, tornou essencial o consentimento voluntário dos pacientes submetidos a tratamentos médicos (CASABONA; QUEIROZ, p. 132).

Foi nos Estados Unidos, no ano de 1973, que surgiu a Carta de Direitos dos Pacientes, tornando-se um marco na compreensão da relação estabelecida entre médico e paciente (CASABONA; QUEIROZ, p. 133). No ano de 1978, os princípios da autonomia, da justiça e da beneficência entraram no cenário médico através do Informe de Belmont., explana André Prado Marques (2012, p. 02).

A preocupação com as novas concepções que passaram a circundar a relação médico-paciente, passou a influenciar diretamente a formulação dos Códigos de Ética Médica, que, aos poucos, ia perdendo seu caráter paternalista, e em contrapartida, a autonomia ganhava maior espaço.

No artigo 22 do Código de Ética Médica Brasileiro há a exaltação do consentimento do paciente, vetando, assim, ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida”. Além do artigo supramencionado, o artigo 34 da mesma normalização, dispõe que; *in verbis* ,“É vedado ao médico: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação

⁴ *In* Textos Básicos sobre Derechos Humanos. Madrid. Universidad Complutense, 1973, traduzido do espanhol por Marcus Cláudio Acqua Viva. APUD. FERREIRA Filho, Manoel G. et. alli. Liberdades Públicas São Paulo, Ed. Saraiva, 1978. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentosanteriores%20cria%20a7%20A3o-da-Sociedade-das-Na%20A7%20B5es-at%20A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em: 04/06/2019.

direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu representante legal”. Ainda no artigo 24, é possível notar a consagração ao direito de autonomia por parte do paciente; *in verbis* “É vedado ao médico: Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar” (CFM, 2010, p. 37).

Faz-se mister salientar que, o médico nas sociedades antigas atuava de modo que sua vontade prevalecia sobre a do paciente, pois, o entendimento era de seu conhecimento dava credibilidade a sua decisão. Nos tempos modernos, esse pensamento não prevalece. A autonomia exercida pelo paciente, o tornou um sujeito ativo na relação entre ele e o médico.

A Medicina moderna se volta para o respeito ao homem como ser autônomo e racional, capaz de se auto guiar e viver sua vida de acordo com suas vontades e arbítrio próprio.

Diante disso, emerge um questionamento plausível, sobre a possibilidade de um indivíduo, em estado de terminalidade da vida, decidir sobre si mesmo, de modo livre e consciente. A partir de tal indagação, surge o consentimento informado que será analisado a seguir.

5.1. O Consentimento Informado

A autonomia do indivíduo pode se estender através de algumas ações. O consentimento informado é uma delas. Tal ação, se baseia no direito de rejeitar ou consentir com as ações médicas e está ligada diretamente ao respeito à privacidade e individualidade do paciente.

Clotet (1995, p. 51) afirma que “a base doutrinária do consentimento informado está no direito individual de intangibilidade do próprio corpo.” Nessa sistemática, nenhuma prática médica poderá ocorrer sem que o paciente exprima sua concordância com a realização daquele procedimento. A concordância ou não, por parte do paciente, se dará a partir da exposição médica dos riscos aos quais este estará exposto e outras alternativas de tratamento para aquela enfermidade, de acordo com o entendimento de Jecé Freitas Brandão (1999, p. 01).

Como aludido no tópico anterior, o Código de Nuremberg, estipulado no ano de 1947, foi um grande marco para iniciar-se a utilização da prática do consentimento informado. Além dele, o Código de Helsinki (1964) trouxe novas perspectivas ao contexto da relação médico-

paciente, ao estipular que o consentimento por parte do paciente, seria um requisito primordial para que pudessem ser realizadas pesquisas científicas. Tais documentações, somadas a Declaração dos Direitos Humanos, foram efetivos para que o respeito à autonomia começasse a ser delineado e a fazer parte da sociedade de modo real.

É relevante evidenciar o status jurídico do consentimento informado. Para a Mestre Luciana Mendes Pereira Roberto:

Quanto à natureza jurídica do instituto do consentimento informado, entende-se que não seja um contrato de prestação de serviço de saúde, mas um ato jurídico voluntário com consequências provenientes da própria lei (direito à autodeterminação, direito à disposição do próprio corpo, conforme disposições dos artigos 13 e 15 do Código Civil) e que apenas terá os efeitos pretendidos em função da relação estabelecida na prestação de serviços de saúde. (...) O consentimento informado é uma manifestação de vontade do paciente, que assente com o tratamento de saúde, após ser devidamente esclarecido. Pode-se afirmar que é um ato jurídico unilateral, não gerando direitos para a outra parte (profissional da saúde). Apenas torna lícita a agressão à integridade pessoal do paciente consciente. (2008, p.80)

É imprescindível que o consentimento informado seja dotado de certos requisitos para que possa ser considerado válido, apto a produzir efeitos. BEAUCHAMP e FADEN (1986, p. 274) através de seus posicionamentos doutrinários, apresentam três requisitos que foram desenvolvidos por Gerald Dworkin (1988, p. 100). São eles: a intenção por parte do paciente que manifesta sua vontade; o entendimento também por parte do paciente, e o consentimento deverá ocorrer sem qualquer tipo de influência externa que possam alterar a livre vontade do paciente (FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p. 238).

Ao prestar informações, o médico permite que o paciente possa tomar suas próprias decisões sobre o seu tratamento, optando por continuá-lo ou encerrá-lo. Essas informações

prestadas decorrem de uma obrigação legal do exercício da Medicina, que veda algumas ações por parte do médico e estipula deveres, como o dever de informação, e estão elencadas no Código de Ética Médica, do artigo 22 ao 30, do Capítulo que versa sobre Direitos Humanos (CFM, 2010, p. 37).

Deve-se dizer, ainda, que, ao informar o paciente, o médico deve prestar tais informações de modo compreensível e claro, para que o paciente seja capaz de realizar suas escolhas com base naquilo que acredita. As informações devem estar revestidas de veracidade, mesmo que dependam de fundamentos subjetivos.

O consentimento informado não é a simples liberalidade do paciente e aceite daquilo que lhe foi proposto pelo médico, mas é uma autorização para a realização de tratamentos medicinais.

O exercício a autonomia do paciente vai do consentimento informado, pois é a partir das informações e esclarecimentos prestados pelo médico que o paciente poderá exercer uma escolha autônoma, livre de vícios e influências externas.

Para que um paciente em estado de terminalidade da vida exerça sua autonomia e faça sua escolha a partir do consentimento informado é necessário que este seja um sujeito capaz de realizar tal ação.

Essa capacidade é entendida como a capacidade do paciente de compreender e ponderar sobre sua decisão. Seria esta, a chamada capacidade cognitiva. Tal capacidade, muitas vezes, é considerada insuficiente, uma vez que poderá levar o paciente a realizar escolhas que conduzirão a resultados eticamente inaceitáveis.

Para que a capacidade cognitiva seja suficiente, a racionalidade deve ser incluída ao seu contorno (GERT; CULVER, p. 45). A partir da capacidade cognitiva, o paciente compreende e valoriza a informação dada pelo médico, e, assim, toma sua decisão. Com essa inclusão, as ações do paciente diante do consentimento informado resultariam em menores danos a si mesmo e vantagens satisfatórias.

Diante das concepções apresentadas anteriormente, surgiu um modelo de escala (CULVER, 1995, p. 70), que determina três níveis de competência, que definiriam qual a mais adequada, de acordo com o caso concreto. Tais níveis associam a compreensão do paciente ea

sua capacidade racional de tomar uma decisão, para, então, definir a competência. Essa escala, no mesmo sentido da capacidade subjetiva, é um requisito insuficiente, pois depende de elementos subjetivos que partem da “classificação” do paciente pelo médico. Essa insuficiência, conforme Culver (1995, p. 72), se dá pela impossibilidade em muitos casos de classificar o paciente como competente ou incompetente “até sabermos se ele recusa um determinado ato terapêutico”, podendo colocar em xeque o princípio da autonomia diante da atuação concreta do médico em relação ao paciente, afastando, assim, a possibilidade do paciente “tomar qualquer decisão que ele quiser” (CULVER, 1995, p. 72).

O mais importante a ser compreendido é que não há a possibilidade de se precisar um modelo que trate de delimitar a capacidade de escolha do paciente em estado de terminalidade da vida e auferir-lhe ou não competência para que realize a concordância ou não com o termo de consentimento. A determinação da competência deverá ocorrer, portanto, dentro de um contexto fático, a partir da análise do quadro real em que se encontra o paciente, tudo com o auxílio de uma equipe multidisciplinar destinada especialmente para este fim.

Conclui-se sobre o tema abordado neste capítulo que, para que se considere válida a expressão do consentimento de um paciente, a competência, que é fator indispensável, dependerá da capacidade legal (de direito e de fato); o estado físico e psicológico do paciente, além da proporcionalidade e racionalidade da escolha, levando em consideração os benefícios e os riscos avindo de sua decisão.

6. AUTONOMIA: ELEMENTOS CONCEITUAIS E VALORAÇÃO JURÍDICA

6.1. Breve Histórico e Conceitos

Filosoficamente, pela definição de KANT (1964, p. 104), autonomia é

A capacidade da vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível.

O termo possui origem grega e seu significado está relacionado com independência, liberdade ou autossuficiência. O antônimo do termo é “heteronomia”, que indica dependência, subordinação ou submissão.

Em sentido amplo, a autonomia quer dizer: condição de uma pessoa, ou de um grupo de pessoas, de se determinarem por si mesmos, ou seja, de se conduzirem por suas próprias leis, por auto-regulamentação ou auto regramento.

No campo ético-moral, a autonomia é entendida, por um lado, como o controle racional do instinto humano (liberdade moral) e, por outro lado, como a não aceitação, sem consideração prévia, de regras de conduta que decorrem de uma determinada entidade. Dentro das visões éticas e morais, a autonomia é tida como uma característica do homem real e está a serviço de suas próprias realizações, em consonância com as proposições Felipe Rocha (1993, p.99).

A concepção ético-moral que teve seu apogeu em Kant, tornou-se relevante ao ser incorporado como a essência da vontade, que deve atuar com total independência de qualquer outra consideração alheia à razão pura. Assim sendo, na teoria da autonomia da vontade, esta só será autônoma ao passo que sua determinação se dê por sua essência, pela lei própria que contém em si, sem manter qualquer relação com os objetivos aos quais se dirige.

Segundo a teoria da autonomia da vontade de Kant (1964, p. 49), esta só será pura e autônoma se determinar-se por sua essência, pela sua própria lei, sem estabelecer qualquer

relação com o objeto ao qual se dirige. O professor Francisco dos Santos Amaral Neto (1989, p.11), disserta sobre a máxima da vontade nos seguintes termos:

Resultante das concepções jusnaturalistas e iluministas que tão bem se positivaram no Código de Napoleão e no B.G.B., nos quais a pessoa humana, com sua liberdade e autonomia, era o centro por excelência do universo jurídico, e o direito civil, 'a garantia dos fins individuais relativos à família e aos bens', foi-se reduzindo gradativamente a partir do começo do século e, acentuadamente, com a Segunda Guerra Mundial, mercê duma progressiva intervenção do Estado, que limita a autonomia da vontade, quando não a elimina totalmente, às relações de microeconomia.

Quando se trata do direito privado, âmbito dentro do qual está inserida a tomada de decisões individuais e que envolve diretamente a temática do presente trabalho, a liberdade que o sujeito dispõe é chamada de autonomia e consiste na capacidade que o indivíduo tem de reger-se pelas suas próprias leis. É, portanto, a capacidade que o indivíduo tem de praticar atos, de maneira que ele mesmo determine sua forma, conteúdo e efeitos (NETO, 1989, p. 12).

A conceituação jurídica de autonomia sofreu diversas modificações ao longo do século XIX até alcançar o sentido que tem hoje no Código Civil vigente e que ainda se mostra insuficiente para resolver dilemas, como o que é apresentado ao longo deste trabalho.

O sentido da autonomia no campo filosófico não se confunde com o sentido jurídico, mesmo sabendo que as ideias filosóficas influenciaram e influenciam de algum modo as concepções jurídicas. Considerando a autonomia como fundamento da ética, ela pressupõe a independência do homem na valoração dos problemas morais, como faculdade de autodeterminação.⁵ O que não significa uma autonomia normativa com base no poder de ditar-

⁵NABAIS, José Cassalta. A autonomia local. In Estudos em homenagem ao Professor Doutor Afonso Rodrigues Queirós. Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra 1993. O autor observa que “no campo filosófico a autonomia da vontade, base da ética Kantiana, implica atuar com total Independência de qualquer consideração alheia à razão pura. Vontade autónoma é aquela que se determina pela sua própria essência. Entre os estoicos, "sofos" é o homem perfeito que não necessita

se a si mesmo, suas próprias normas, em oposição à heteronomia que implica na sujeição ao poder de outrem.

A seguir passa-se a análise do conceito de autonomia dentro da Bioética, que somado aos conceitos apresentados neste tópico, será primordial para o estudo da temática proposta.

6.2. A Autonomia na Bioética

No campo da Bioética, a autonomia tem sido tratada como um princípio norteador. Nos dilemas que envolvem os atos de disposição do próprio corpo, diante de procedimentos médicos, tornou-se concreto o conceito de que todo paciente tem o direito de proteção a sua inviolabilidade física e psíquica e o direito de, por autodeterminação, conduzir por sua própria vontade o que pode ser feito com o seu próprio corpo, incluindo os atos de disposição para os procedimentos que permeiam os momentos da morte e também ao longo de sua existência (GOGLIANO, 2009, p. 110).

A autonomia em discussão, surge a partir do fato de que o homem é considerado um ser racional, com entendimento suficiente para compreender e querer, já que é um ser dotado de razão e de consciência.

Sendo assim, a capacidade de querer, de ser capaz de impor sua autonomia, está centrada na racionalidade humana, que permite dispor sobre a aceitação ou não, de um tratamento médico, ou de qualquer ato que envolva disposição do próprio corpo.

O paciente, considerado como indivíduo dotado de razão, deve e pode escolher, segundo seus desejos e aspirações, o tipo e a forma de tratamento que mais lhe atraem e são adequadas, mesmo contra sua própria saúde; segundo os autores bioeticistas.⁶

sujeitar-se às leis alheias, da "polis". Em suma, o termo autonomia é polissêmico ao traduzir os mais diversos fenômenos, v. g., autonomia de vôo, autonomia local, autonomia estadual, autonomia normativa, etc. A vontade será autônoma na medida em que se determine pela própria lei que contém em si".

⁶ ALMEIDA, Marcos de; MUÑOZ, Daniel Romero. A Responsabilidade Médica: uma visão Ética. Revista Bioética. Brasília. 1994. V. 2, Nº. 2, p. 148. Para os autores a "autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base em tal pensamento e decisão, de modo livre e independente. Na esfera da ação, é importante distinguir, por um lado, liberdade, isenção, licença, ou simplesmente "fazer o que lhe der na telha" e, por outro lado, agir autonomamente, que também pode ser fazer o que se quer, mas baseado em deliberação racional". Disponível em:

Baseando-se no fato de que todo homem é autônomo, há a opção de recusa de um tratamento médico, com base no chamado “consentimento-informado”, que é o dever do médico informar ao seu paciente sobre os procedimentos que serão aplicados em seu corpo, como visto anteriormente.

Considerando o homem como ser autônomo, capaz de realizar suas próprias escolhas, ele pode optar por não se submeter àquilo que é proposto pelo médico. Essa escolha será válida, desde que haja capacidade mental plena e que o indivíduo seja capaz de entender toda a situação que envolve aquela escolha, que pode tratar de vida, morte, saúde e da disposição do próprio corpo.

Por conseguinte, a Bioética tem como proposição fundamental, principalmente diante das novas tecnologias da ciência e da medicina, resgatar, na modernidade, os valores da pessoa humana e o respeito a sua dignidade mostrando, assim, que o médico não é possuidor do corpo do paciente e que o indivíduo deve ser capaz por si só de tomar as decisões que nortearão sua vida; principalmente aquelas que tratam de escolhas sobre a terminalidade da sua própria vida.

O exercício da autonomia diante nas relações que envolvem as temáticas pertencentes à Bioética pode sofrer limitações diversas. Os tópicos a seguir irão apresentar tais limitações e buscar elucidar saídas e justificativas para as limitações impostas à autonomia.

6.3. Limitações à autonomia

6.3.1. Limitações referentes aos Direitos da Personalidade

Existem limitações ao exercício da autonomia que são capazes de invalidar o consentimento dado por um paciente, ainda que este seja considerado capaz de seus atos civis pelo ordenamento jurídico; que se justificam, ao passo que, esta autonomia, exercida no contexto da relação médico-paciente, interfira de modo direto nos direitos da personalidade.

Os direitos da personalidade são tratados no Art. 11 do Código Civil de 2002 e são aqueles necessários para o desenvolvimento da dignidade da pessoa. Clóvis Beviláqua (1949, p. 180)

entende que os direitos da personalidade “é a aptidão, reconhecida pela ordem jurídica a alguém, para exercer direitos e contrair obrigações”.

O rol dos direitos que se refere a personalidade visa defender os valores inerentes ao homem, como o bom nome; a honra; a privacidade; a intimidade; entre outros. Em consonância com o entendimento de Francisco Amaral (2002, p. 158):

Caracterizam-se os direitos da personalidade por serem essenciais, inatos e permanentes, no sentido de que, sem eles, não se configura a personalidade, nascendo com a pessoa e acompanhando-a por toda a existência. São inerentes à pessoa, intransmissíveis, inseparáveis do titular, e por isso se chamam, também, personalíssimos, pelo que se extinguem com a morte do titular. Consequentemente, são absolutos, indisponíveis, irrenunciáveis, imprescritíveis e extrapatrimoniais.

Levando em conta a enorme relevância destes direitos, eles possuem características particulares. Corroborando com o entendimento de Francisco Amaral os direitos da personalidade são absolutos, inatos, vitalícios, intransmissíveis, extrapatrimoniais, indispensáveis, indisponíveis, imprescritíveis, impenhoráveis, oponíveis e necessários. Dessa forma, o titular destes direitos não pode se dispor de qualquer um deles, pois, o ordenamento jurídico não autoriza (AMARAL, 2002, p. 159).

É diante desse posicionamento do ordenamento jurídico, que os direitos da personalidade e a autonomia se chocam – na circunstância da disponibilidade destes direitos -. Seria permitido ao paciente dispor do próprio corpo? Conforme ensina Caio Mário Pereira (1995, p. 27) “O direito ao próprio corpo é um complemento do poder sobre si mesmo, mas só pode ser exercido no limite da manutenção de sua integridade. Todo ato que implique atentado contra esta integridade é repellido por injurídico”.

Está limitada qualquer atitude do paciente que atente a estes direitos de personalidade, como à vida e à integridade física. A vontade pessoal não poderá ir contra as determinações

sobre a personalidade como, por exemplo, a integridade física. O consentimento do que sofre o ato contra a vida não exclui a contrariedade ao direito, pois o direito à vida é irrenunciável.

6.3.2 Limitações referentes à Vulnerabilidade

Como foi visto anteriormente, a autonomia pode ser limitada pelo exercício dos direitos da personalidade. Outra razão de limitação da autonomia pode ser advinda da vulnerabilidade decorrente de razões físicas ou sociais. A vulnerabilidade física é aquela oriunda da própria doença, capaz de fragilizar o ser humano e, de algum modo, embotar sua vontade. Já a vulnerabilidade decorrente de questões sociais é advinda de uma relação social, política, econômica e cultural desigual.

O Conselho Nacional de Saúde traz em sua Resolução 196/96 a definição de vulnerabilidade: “estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”.⁷

Quando existe uma situação de vulnerabilidade, um indivíduo não está em condições de exercer plenamente sua autonomia, uma vez que situações de fragilidade física ou psíquica, a miséria, a ausência de educação básica, as más condições de saúde e moradia, influenciam diretamente na capacidade de discernimento do sujeito. Ao encontrar-se em um estado de necessidade diária de sobrevivência, o indivíduo não é livre para realizar escolhas, pois o estado de necessidade supera o exercício da liberdade e da autonomia em relação a fatos que não estejam ligados à subsistência (GUIMARÃES; NOVAES, 1999, p. 23).

Em situações como a descrita acima, o sistema jurídico deve proteger os indivíduos vulneráveis, levando em consideração que, em determinadas situações, ainda que o ordenamento jurídico admita a capacidade do sujeito, as vulnerabilidades devem ser levadas em consideração. Especificamente no contexto médico, as ações devem ser voltadas para que a vulnerabilidade seja superada, de modo essencialmente ético.

⁷CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 04/06/2019.

633. Limitações referentes à Incapacidade Jurídica

O Código Civil de 2002, traz em seu Art. 1º que um indivíduo capaz juridicamente é aquele “capaz de direitos e deveres na ordem civil”. A capacidade jurídica é a projeção da personalidade jurídica (atributo do sujeito), ou seja, é a capacidade plena do sujeito de gerenciar sua própria vida e ser apto para praticar os atos da vida civil.

A capacidade jurídica se divide, ainda, em duas conceituações: a capacidade de gozo e a capacidade de exercício de fato. A primeira é a capacidade inerente ao ser humano, todo sujeito tem esta capacidade, pois é considerado um sujeito de direitos. A segunda corresponde a perspectiva do exercício dos direitos (DINIZ, 2005, p. 71).

Levando em conta os indivíduos considerados como incapazes diante dos critérios normativos, a autonomia poderá sofrer limitações, em razão da causa dessa incapacidade.

A chamada capacidade, de fato, pode limitar o sujeito em diferentes extensões, arguindo, assim, a incapacidade jurídica, que pode ser relativa ou absoluta. Essa subdivisão da incapacidade jurídica tem o intuito de proteger determinados grupos, considerando que o exercício livre da autonomia presume vontade livre e consciência plena diante de uma ação (CIELO, 2013, p. 1520).

Com a alteração do Código Civil de 2002, no ano de 2015, algumas mudanças ocorreram em relação a essa temática e hoje são considerados absolutamente incapazes, conforme o Art. 3º, *caput, in verbis*: “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos”. O Art. 4º traz em seu rol de disposições aqueles que são considerados relativamente incapazes:

São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

- I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
- II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;
- III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;
- IV - os pródigos.

Os absolutamente ou relativamente incapazes serão tutelados por meio de seus representantes legais, e exercerão assim, seus direitos.

Em relação aos menores de idade (absolutamente incapazes), os pais deverão exercer o poder familiar, nos termos do Art. 1630 do Código Civil de 2002 – sendo substituídos somente nas hipóteses elencadas no Art. 1.635 do mesmo dispositivo legal – que são: a morte dos pais; a emancipação; a maioridade; a adoção; ou alguma decisão judicial. (CIELO, 2013, p. 1521).

Os relativamente incapazes, de acordo com as determinações do Art. 4º do Código Civil de 2002, em seu inciso II, III e IV serão submetidos à curatela – “mecanismo de proteção para aqueles que mesmo maiores de idade, não têm capacidade para realizar atos da vida civil”⁸ -, conforme dispõe o Art. 1.767 do Código Civil em vigência. Consoante ao entendimento sobre o termo curatela de ROSENVALD E FARIAS (2017, p. 911): “Encargo imposto a uma pessoa natural para cuidar e proteger uma pessoa maior de idade que não pode se auto determinar patrimonialmente por conta de uma incapacidade”. Os menores de 18 anos e maiores de 16 anos também são relativamente incapazes e poderão exercer os atos civis através de seu representante legal.

É necessário mencionar que, as pessoas responsáveis por representarem os absolutamente ou relativamente incapazes agem de um modo paternalista, na tentativa de realizar o melhor interesse do representado e deixam de levar em conta a personalidade do sujeito; seus anseios; e realizam uma escolha pautada em seus próprios valores.

Essas decisões paternalistas são evidentes em situações onde há a representação de pacientes em estado de terminalidade. Muitas vezes, a vontade demonstrada em vida pelo paciente, não é levada em consideração no momento de seu perecimento, quando ele pode não ser mais competente para exprimir suas vontades.

Muitas vezes, pacientes em estado de terminalidade, que estão submetidos a sobrevivência por meios mecânicos, são considerados “vivos” por seus familiares. Diante de situações como essa, a recuperação do enfermo pode ser impossível, e surgem com isso,

⁸ OLIVEIRA, Rogério Alvarez de. O exercício da curatela e os deveres e as obrigações do curador. In MP no debate. Revista Consultor Jurídico. 2019. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-jan-07/mp-debate-exercicio-curatela-deveres-obrigacoes-curador#author>>. Acesso em: 05/06/2019.

questionamentos que dizem respeito sobre quem deverá tomar a decisão relativa a vida do paciente, já que a repercussão moral de uma ação dessas é enorme.

Neste momento, é primordial que se considere – mesmo que seja um momento em que aquele que irá decidir esteja emocionalmente afetado – a condição a qual aquele paciente está submetido; as opções de tratamento; as previsões médicas; e, se possível, os desejos apresentados em vida pelo paciente, para que então seja tomada uma decisão que represente realmente os desejos daquele sujeito, ao final de sua vida.

Após relatados os limites do exercício da autonomia impostos pela vulnerabilidade, pela incapacidade jurídica e pelos direitos da personalidade; a seguir, passa-se a análise da insuficiência do conceito de autonomia no Código Civil de 2002, que acaba, também, por limitar as ações autônomas do sujeito de direitos.

634. Conceito Insuficiente de Autonomia da vontade no Direito Brasileiro

A autonomia da vontade é a capacidade que o sujeito de direitos possui de tomar decisões diante de sua vida particular, em conformidade com suas vontades e com seus interesses. A autonomia é então, um direito individual, que garante a pessoa a possibilidade de realizar tudo aquilo que deseja. Maria Helena Diniz (2011, p. 40) dispõe sobre o princípio da autonomia da vontade como “o poder de estipular livremente, como melhor lhes convier, mediante acordo de vontade, a disciplina de seus interesses, suscitando efeitos tutelados pela ordem jurídica”.

A proteção deste instituto jurídico visa conferir ao indivíduo o direito de autodeterminar-se, garantindo ainda, que o mesmo seja capaz de realizar escolhas a respeito de sua vida e, também, sobre sua morte, o principal aspecto abordado neste trabalho.

Stuart Mill (1991, p. 53) sustentou em sua obra que o indivíduo é soberano para decidir sobre seu próprio corpo, sobre sua própria mente, ou seja, o indivíduo é capaz de tomar decisões a respeito de sua própria vida, sem que haja intervenções externas. Seguindo tal lógica, não cabe ao Estado decidir ou impedir que uma pessoa realize escolhas que ditam sobre sua vida em sua esfera individual. A ação individual pode ir em sentido contrário as convenções sociais, e pode, até mesmo, violar algum direito (próprio) do indivíduo que está praticando-o, mas

àquela foi uma opção baseada em suas crenças e preferências pessoais, sendo, portanto, uma escolha que lhe diz respeito.

O Código Civil de 2002, ao limitar o exercício da autonomia da vontade, que reflete também na autonomia privada, vai em sentido contrário ao exercício da vontade pessoal livre e autônoma de cada sujeito. O Art. 13 do livro normativo em questão traz a seguinte disposição: “Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”. George Marmelstein (2008, p. 02) elucida que se torna discutível sua disposição, uma vez que, todo sujeito que esteja em pleno gozo de suas faculdades mentais e possua, dentro do contexto em que se encontra inserido, condições de tomar suas próprias decisões, tem o direito fundamental de dispor do seu próprio corpo, desde que sua ação não prejudique terceiros, não podendo, o Estado interferir nessa escolha e no exercício desse direito.

O posicionamento exposto anteriormente vale para qualquer situação que envolva a tomada de decisão autônoma do indivíduo, inclusive do paciente em estado de terminalidade da vida. As normativas do Código Civil de 2002, que tratam dos direitos individuais, não podem limitar as possibilidades de escolha de um sujeito, notadamente, quando tal escolha não interfere no direito de outras pessoas. O paciente em estado de terminalidade da vida, desde que usufruindo de suas capacidades mentais, não deve ter suas escolhas limitadas por tais conceitos normativos de natureza limitante. Suas escolhas devem estar respaldadas em seus direitos fundamentais e não nas convenções sociais ou disposições Estatais que, em muitas das vezes, se distanciam da realidade, e não são adequadas aos contextos para os quais se propõem.

Existem diversos documentos de Direitos Humanos que permitem ao indivíduo exercer sua autonomia, tendo, ao mesmo tempo, sua dignidade respeitada. A Constituição Federal de 1988 garante em seu Art. 5º, inciso II o respeito à autonomia, durante a vida e também ao seu final.

Diante do contexto perante o qual este trabalho está sendo elaborado, a autonomia do paciente em estado de terminalidade da vida está intimamente ligada a ideia de uma morte digna. Assim sendo, o Estado não deve buscar limitar as escolhas do paciente através de sua autonomia, mas sim de garantir-lhe uma morte digna (CARDOSO, 2010, p. 249). Deve prevalecer a vontade do paciente, expressa por sua escolha autônoma e não a vontade estatal

expressa por normas abstratas, ou, ainda, a vontade de terceiros, como a dos familiares do paciente.

Aqui não se defenderá o direito ou não ao suicídio assistido ou a eutanásia, o que demandaria outro trabalho, o que se pretende é apenas demonstrar que a norma contida no código civil é violadora de direitos fundamentais, ao impedir que o paciente em processo de terminalidade tenha autonomia para aceitar ou recusar tratamentos médicos e, assim, conduzir seu processo de morte de modo a ter sua dignidade preservada.

Para que autonomia e a dignidade da pessoa humana sejam garantidas, devem ser obedecidos alguns critérios elencados no Art. 5º da Constituição Federal de 1988, *in verbis*:

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;

VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença (...);

VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; e

XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito.

Observando as disposições anteriores, não se pode admitir que o paciente seja obrigado a se submeter a um tratamento de saúde, sendo certo que ele pode recorrer ao Judiciário para que sejam interrompidas quaisquer intervenções médicas sem que haja consentimento de sua parte.

É importante mencionar que o sujeito, ao realizar suas escolhas e exercer sua autonomia, estará vinculado a estas, uma vez que, o sujeito autônomo se vincula às suas escolhas ao longo de sua existência, através da responsabilidade. Cada atitude autônoma vem acompanhada da noção de responsabilidade pelas decisões tomadas.

O posicionamento acima demonstrado coaduna com a ideia de liberdade em Kant, que entende que a liberdade virá sempre acompanhada da responsabilidade, pois o indivíduo “não é legislador só para si, mas para a humanidade”, segundo Cardoso (2010, p. 234). Sendo um “ser autônomo e responsável por dar a si suas próprias leis, ele deve guiar-se por uma *vontade pura* (livre de inclinações), caso contrário, não estaria agindo como um legislador universal, mas sim como alguém que cria exceções para si próprio” (CARDOSO, 2010, p. 234). A *vontade pura* em Kant (2003, p. 42):

Diferencia-se da vontade sensivelmente determinada por não possuir como fundamento de determinação (matéria) o princípio de felicidade, mas, ao contrário, o princípio de determinação da vontade pura é a lei moral, ou seja, a capacidade da máxima de se tornar princípio em uma legislação universal.

A autonomia deve ser assegurada por meio da consolidação dos direitos subjetivos que tenham seus contornos delimitados na humanidade, na liberdade e na dignidade.

Existem, hoje, diversos mecanismos de controle que tentam delinear as subjetividades do sujeito e, ao mesmo tempo, limitar sua realização pessoal. O indivíduo é livre e deve ter sua liberdade respeitada principalmente nas decisões que são tomadas no contexto de terminalidade da vida. Deve-se considerar o exercício da autonomia pelo prisma de um sujeito individual, social e que, em muitas situações, é, também, vulnerável. É necessário retomar os aspectos humanos e dignos do sujeito para que este tenha capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida e também sobre sua terminalidade.

O primordial é que o ato seja verificado e, caso seja válido (livre de vícios e de influências externas), seja, então, verdadeiramente autônomo. Logo, a ação estatal se limitará a desenvolver

meios de proteção ao indivíduo diante de sua escolha e das consequências que dela resultarem, sem interferir em sua decisão, ainda mais quando tal ação não atingir direitos de terceiros.

7. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

As diretivas antecipadas de vontade são uma espécie de manifestação de vontade para tratamentos médicos, podendo ser em formato de testamento vital ou de mandato duradouro.

O testamento vital se originou nos Estados Unidos (EUA), em 1969, através da adoção do chamado *living will* (testamento vital) por Luis Kutner, que consistia num documento que protegeria o direito individual, visando permitir escolhas a respeito de sua própria morte. Para Kutner, o testamento vital partira do princípio de que o paciente em estado de terminalidade pode recusar certo tratamento médico, que tenha como único objetivo o prolongamento de sua vida, quando o quadro de saúde em que se encontra não apontar possibilidades de recuperação (NAVES; SÁ, 2002, p. 118).

O mandato duradouro consiste na nomeação de uma pessoa, que passa a ser apta para tomar decisões relativas a tratamentos médicos, por determinado indivíduo, quando este estiver em estado de terminalidade da vida e não for mais capaz de exprimir sua vontade. Tal diretiva também se originou nos Estados Unidos, através das disposições da lei federal *Patient Self-Determination Act*, em 1991 (DINIZ, 2002, p. 356).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) validou a Resolução CFM 1995, admitindo o direito do paciente exprimir sua vontade em relação a tratamentos médicos, podendo, ainda, designar um representante para este fim. A Resolução estabelece, também, o dever de cumprimento da vontade do paciente pelo médico. Até o momento, não existe no país uma lei que regulamente as Diretivas Antecipadas de Vontade. Mas, na prática, as ações já são visualizadas, pois o testamento vital e o mandato duradouro estão em consonância com as normas expressas pela Constituição Federal, por se tratar de um negócio jurídico unilateral, personalíssimo, revogável e unilateral.

Teixeira (2013, p. 544), entende que: “quando a Constituição previu o catálogo aberto de direitos fundamentais, para que a pessoa encontre a melhor forma de se realizar, pode-se entender como implícita a liberdade de dispor do próprio corpo.” A mesma autora diz ainda que o corpo humano tem sua constituição através de um “espaço de autonomia e a liberdade de dispor do próprio corpo deve ser a regra e suas limitações são exceções, pois os conceitos de saúde, liberdade e personalidade devem ter a mesma direção.”

Dentro daquilo que a legislação brasileira permite, é importante que o indivíduo que desejar expressar sua vontade através de um testamento vital, registre-o através de escritura pública ou até por meio de um documento privado que seja de conhecimento dos familiares (MASSAROLI; FABRO, 2017, p. 9), uma vez que, o Código Civil vigente só traz disposições sobre o testamento civil (Art. 1.857, § 2º), que só gera efeitos após a morte do testador, - a característica mais evidenciada é a *mortis causa* – não servindo, portanto, para dirimir temáticas que versem sobre o processo de terminalidade da vida. A importância do registro do testamento vital se justifica para evitar possíveis ações judiciais com o objetivo de anular aquela espécie de diretiva.

A respeito do mandato duradouro, sua elaboração poderá ocorrer através de uma declaração de outorga, sendo que, um terceiro (geralmente próximo) será nomeado para exteriorizar a vontade do paciente e realizar a tomada de decisão, de acordo com a vontade que foi expressa previamente por este (MASSAROLI; FABRO, 2017, p.10).

Faz-se mister salientar que, tanto o testamento vital, quanto o mandato duradouro devem ser levados a efeito por uma pessoa capaz, conforme determinam os Arts. 3º e 4º do Código Civil de 2002. Além disso, as diretrizes devem estar preferencialmente sob orientação de um médico e de um advogado, com o objetivo de que todos estejam plenamente cientes do ato que está sendo registrado. Existe, ainda, a possibilidade de revogação da diretriz a qualquer tempo, utilizando-se da forma apropriada.

As diretrizes antecipadas de vontade são elaboradas normalmente, durante a vida do indivíduo, mas nada impede que, no leito do hospital, o paciente expeça sua declaração e o médico a colha no prontuário médico, de modo que a vontade do paciente fique registrada, para que, então, as práticas médicas atendam à vontade do paciente.

Os tribunais brasileiros vêm entendendo que as Diretivas Antecipadas de Vontade são ações fundamentais, levando em consideração que a sociedade passa por diversas modificações, e, portanto, o sistema judiciário deve atender as necessidades de um indivíduo plural e, principalmente, autônomo; respeitando o ordenamento jurídico em vigência.

É relevante arazoar que, diante de um testamento vital ou até mesmo de um mandato duradouro, deve-se levar em conta a declaração conscientemente manifestada e se atentar, também, ao tempo decorrido até o momento de sua utilização, para que seja levado em conta

que aquela vontade tenha sido mantida. O objetivo primordial é de que se respeite a vontade do paciente em estado de terminalidade, expressa durante sua vida.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A afirmação da autonomia em decorrência da pós-modernização da sociedade e, conseqüente, consideração do homem como um sujeito livre e repleto de individualidades foi de extrema importância para o reconhecimento de direitos do homem (como indivíduo) pelo Estado.

Como foi observado no presente trabalho, a vida tem valor inestimável, sendo considerada como um bem jurídico, e dela decorrem os direitos da personalidade. A partir disso o Estado promove a proteção a vida e aos direitos da personalidade; e tal ação pode ser considerada uma grande conquista na defesa dos direitos humanos. Essa proteção despertada, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial, afetou drasticamente os posicionamentos sobre as decisões que diziam respeito sobre a vida e sobre a morte.

Com o conhecimento das atrocidades cometidas na Segunda Guerra pela humanidade e com a promulgação do Código de Nuremberg, afloraram-se os debates sobre o ser humano, sua dignidade e sua personalidade. Neste contexto, surgiram novas perspectivas que passaram a apontar para o exercício da autonomia através deste sujeito de direitos que foi ressurgindo.

Nesta conjuntura, os avanços tecnológicos e científicos que ocorreram com o decorrer do tempo, principalmente após a segunda metade do século XX, proporcionaram ao homem diversos benefícios e o colocaram como centro dos debates que envolviam, ciência, tecnologia e que por consequência acabavam envolvendo também sua liberdade e autonomia. Muitas situações diante da qual o homem foi colocado, atingiam sua dignidade, e por isso, questões éticas e morais passaram a ser levantadas. Era nítido que o avanço proporcionado pela evolução não era acompanhado do cuidado devido para que não houvesse prejuízo ao indivíduo, considerado nesse caso dentro de sua esfera de direitos personalíssimos.

A existência já não está mais sujeita aos desígnios das divindades ou da natureza, mas está sujeita as disposições do próprio homem e da máquina estatal, que através de suas normas, busca influenciar a tomada de decisão e os acontecimentos da vida do sujeito de direitos submisso a essa normatização.

Inserido em uma existência mecanizada, tecnológica e controlada pelas normativas do Estado, o homem acaba se tornando vulnerável e encontra dificuldade em lidar com o fim da

vida, tornando a morte uma temática difícil de ser discutida e analisada, e, conseqüentemente, um tabu. Há uma tentativa atônita de se furtar das decisões que tratam dos momentos finais da existência.

E é justamente no fim da existência que emergem todos os conflitos que foram suscitados neste trabalho. De modo principal, aquele que versa sobre a autonomia, a capacidade de escolha dos tratamentos do paciente em estado de terminalidade da vida.

Estes pacientes são o verdadeiro exemplo da resistência geral do ser humano em aceitar a morte. Inúmeros são os casos de prolongamento da vida em situações até mesmo desumanas, pelo simples ato egoísta daqueles que tomam as decisões pelo paciente em estado de terminalidade da vida. Os pacientes passam a ter suas vidas sustentadas por meios mecânicos pela mera deliberação daqueles que estão apenas assistindo o período final de sua vida e querem mantê-lo presente fisicamente a todo custo.

Neste ponto o paciente em estado de terminalidade da vida enfrenta o choque entre sua autonomia e a dignidade, por não poder dispor sobre seu próprio corpo, tendo que ver respeitados os desejos de terceiros, e não suas vontades próprias.

A capacidade de escolha do paciente em estado de terminalidade da vida é um tema extremamente atual, pois é neste contexto que as questões da esfera íntima do sujeito se chocam com os valores sociais.

Há a necessidade da busca pela preservação da autonomia, que vai além das definições normativas trazidas pelo Código Civil de 2002. O Direito deve resgatar a capacidade de autodeterminação do sujeito.

Essa garantia de preservação da autonomia, que deve ir além das normativas vigentes, não significa na abstenção por parte do Estado em relação a proteção do sujeito. O Estado deve assegurar ao indivíduo todas as possibilidades de ação diante do final de sua existência, protegendo-o, diante de todas essas perspectivas. E, dentre essas perspectivas, está a garantia de morrer dignamente.

O direito de morrer dignamente, alegado ao longo desse trabalho, consiste na liberalidade do indivíduo rejeitar ou aceitar tratamentos médicos que podem prolongar seu sofrimento de modo injustificado. A morte digna, revestida de uma escolha autônoma do paciente, tem como

objetivo maior garantir que sejam respeitadas as convicções pessoais e valores deste. Essa escolha autônoma se dará a partir do caso factual, pautada no discernimento e capacidade mental do paciente, a partir do consentimento informado, podendo ser expressa através das diretivas antecipadas de vontade.

A afirmação da autonomia deve ocorrer de forma consciente, em acordo com suas limitações, buscando diminuí-las, sempre que possível, utilizando-se como parâmetro a dignidade da pessoa humana, a liberdade garantida ao indivíduo e a possibilidade de o sujeito de direitos realizar suas próprias escolhas, indo de encontro com a defesa do indivíduo em suas mais variadas esferas e também, sua humanidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm>. Acesso em: 29/05/2019.

_____. Lei no 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 29/05/2019.

_____. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 fev. 1997: seção I, p. 2191. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9434.htm>. Acesso em: 29/05/2019.

_____. Eutanásia, Distanásia e Ortotásia: O tempo certo da morte digna. Belo Horizonte: Mandamentos., 2010.

_____. Ortotanásia: o tempo certo da morte digna : uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais. 231 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – 2008.

_____. Teoria dos Direitos Fundamentais: A estrutura das normas de direitos fundamentais. Brasil: Malheiros Editores, 2015.

ALEXY, Robert. Teoria de la Argumentación jurídica: la Teoria Del Discurso racional como teoría de la fundamentación jurídica. Tradução de Manuel Atienza e Isabel Espejo. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1977.

ANDORNO, Roberto. Bioética y Dignidad de la persona. Madrid: Ed. Tecnos. 2012.

ARAÚJO, Inês Lacerda. Foucault e a crítica do sujeito. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

BARONI, Arethusa; CABRAL, Flávia Kirilos Beckert; CARVALHO, Laura Roncaglio. Curatela: o que é isso?. 2017. Disponível em: <<https://direitofamiliar.jusbrasil.com.br/artigos/491595791/curatela-o-que-e-isso>>. Acesso em: 29/05/2019.

BEAUCHAMP Tom; CHILDRESS, James. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. O respeito à autonomia. In BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.

BEIER, Mônica; IANNOTTI, Giovano de Castro. O paternalismo e o juramento hipocrático. Rev. Bras. Saude Mater. Infantil. Recife, v. 10, supl. 2, p. s383-s389, dez. de 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04/06/2019.

BENTO, Luiz Antonio. Bioética: desafios éticos no debate contemporâneo. 1. ed. São Paulo, SP: Paulinas, 2008.

BERTI, Natália. Da Autonomia da Vontade à Autonomia Privada: Um Enfoque Sob o Paradigma da Pós-Modernidade. Revista de Direito Privado, São Paulo, Revista dos Tribunais, v.57. 2014.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). Biodireito: ciência da vida os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

BRANDÃO, Jecé Freitas. Consentimento informado na prática médica. 29 de novembro de 1999. Conselho Federal de Medicina – Brasília. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20356>. Acesso em: 04/06/2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CABRAL, Érico de Pina. A “autonomia” no direito privado. In: Revista de Direito Privado. São Paulo: Revista dos Tribunais.2004.

CALLIA, Marcos H. P. Introdução. In: OLIVEIRA, Marcos Fleury de; CALLIA, Marcos H. P. (orgs). Reflexões Sobre a Morte no Brasil. São Paulo: Paulus, 2005.

CAMPBELL, Alastair. Eutanásia e o principio de justiça. Bioética: revista publicada pelo Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1. 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/293/432>. Acesso em: 29/05/2019.

CARDOSO, Juraciara Vieira. Bioética e argumentação: possibilidades para o consenso racional em sociedades complexas e plurais. Curitiba, PR: Juruá Ed., 2015.

CASABONA, Carlos María Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes. Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

CASADO, María (Org.). Sobre a dignidade e os princípios: análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2013.

CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele. A incapacidade no novo Código Civil. Revista Jus Navigandi, p.1518-4862, Teresina, 2018, Nº 3785. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25741>>. Acesso em: 05/06/2019.

CLOTET, J. O consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Bioética. Vol 1. 1995.

CLOTET, Joaquim. O consentimento informado nos Comitês de Ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origem e atualidade. Revista Bioética. Disponível em: <

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/430/498>. Acesso em 29/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. Resolução nº 1.246/88. Brasília: 1990. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 29/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução Normativa Nº 1.995 de 2012. Brasília, 31 de agosto de 2012. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Data de acesso: 29/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. p. 31. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 04/06/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução no 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf>. Acesso em: 29/05/2019.

CORTIANO JR., Eroulths_ Direitos de personalidade: direito à vida, ao próprio corpo e ao cadáver. Curitiba, 1993. Dissertação (Mestrado em Direito) - Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná.

CULVER, Charles M. Competência do paciente. Tradução de Patrícia Roffo de Nelson. In: COHEN, Claudio; SEGRE, Marco. Bioética. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1995.

DADALTO, Luciana. Testamento vital. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2013.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu Greco. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Revista Bioética, Belo Horizonte, 2013. P. 463-76. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>>. Acesso em: 29/05/2019.

DIAS, Rebeca Fernandes. Eutanásia: A autonomia do sujeito no contexto biopolítico. Curitiba, 2004. Disponível em: <<https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/39291/M471.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29/05/2019.

DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro: teoria geral do direito civil. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DINIZ, Maria Helena. O Estado atual do biodireito. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro, volume 1: teoria geral do direito civil. 31. Ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DWORKIN, Ronald - Domínio da Vida - Aborto, Eutanásia e Liberdades Individuais. 1ª ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2003.

DWORKIN, Ronald. Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom. New York: Alfred A. Knope, 1993.

FADEN, Ruth R.; BEAUCHAMP, Tom L. A theory of informed consent. New York: Oxford University, 1986.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. Curso de Direito Civil Famílias. Salvador BA: Juspodivm, 2017.

FERNÁNDEZ, Javier Gafo [tradução: Maria Luisa Garcia Prada]. 10 Palavras Chave em Bioética: Bioética, Aborto, Eutanásia, Pena de Morte, Reprodução Assistida, Manipulação Genética, AIDS, Drogas, Transplantes de Órgãos, Ecologia. São Paulo: Editora Paulinas. 2000.

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

FRANÇA, Genival Veloso de. Um conceito Ético de morte. Trecho do livro Direito Médico, 7ª edição, São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2001. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmph/artigos/conc_etico_morte.htm>. Acesso em: 04/06/2019.

GERT, Bernard; CULVER, Charles M. Paternalistic behavior. Philosophy and Public Affairs 6. Vol 1. 1976.

GOGLIANO, Daisy. Autonomia, Bioética e Direitos da Personalidade. In Revista de Direito Sanitário. Universidade de São Paulo. Vol 1. Nº 1. Novembro de 2009. p. 110. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13078/14880>>. Acesso em: 06/06/2019.

GONÇAVES, Ferraz. Conceitos e Critérios de Morte. Ver. Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia: Vol. XVI. Nº 4. 2007. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte_16-4_Web.pdf>. Acesso em: 04/06/2019.

GRUSKIN, Sofia; MILLS, Edward J; TARANTOLA, Daniel. Health and human rights 1: History, principles, and practice of health and human rights. The Lancet, Londres, v.370, p. 449-55, ago. 2007. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2807%2961200-8>>. Acesso em: 04/06/2019.

GUIMARÃES, Mana Carolina S; NOVAES, Sylvia Caiuby. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. Simpósio: revista publicada pelo Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, p. 23, 1999.

H, JONAS. 1974. Contra o fluxo. Em Ensaios Filosóficos, Do Credo Antigo ao Homem Tecnológico, ed. Long L.E., Editor. 132-40. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

KANT, Immanuel. Crítica da razão prática. São Paulo: Martin Claret, 2003.

KANT, Immanuel. *Crítica da Razão Pura*. 5ª Edição. Trad.: Manuela Pinto e Alexandre Morujão. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução e notas de Antônio Pinto de Carvalho. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1964.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

LOPES, José Reinaldo de Lima. *O direito na história: lições introdutórias*. São Paulo: Max Limonad, 2000.

MARMELSTEIN, George. Existe um direito fundamento de dispor do próprio corpo?. *Direitos Fundamentais, Direitos Fundamentais.Net*, p. 1-2, 3 nov. 2008. Disponível em: <<https://direitosfundamentais.net/2008/11/03/existe-um-direito-fundamental-de-dispor-sobre-o-proprio-corpo/>>. Acesso em: 05/06/2019.

MASSAROLI, Fábio; FABRO, Roni Edson. As diretivas antecipadas de vontade na jurisprudência brasileira. 2017. p. 1-23. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/arquivos/2017/4/art20170418-02.pdf>>. Acesso em: 29/05/2019.

MILENA, Lilian. Reflexos da Bioética no Direito: autonomia do indivíduo, beneficência do coletivo. 2018. Disponível em: <<https://jornalggn.com.br/ciencia/reflexos-da-bioetica-no-direito-autonomia-do-individuo-beneficencia-do-coletivo/>>. Acesso em: 29/05/2019.

MILL, John Stuart. *Sobre a liberdade*. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

MIRANDA, Pontes de. *Tratado de Direito Privado*. 4ª ed. São Paulo: RT, 1983.

MORAES, Maria Celina Bodin. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Constituição, direitos fundamentais e direito privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

MORAIS, Alexandre. *Direito Constitucional*. 13ª Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2003.

MORITZ, Rachel Duarte. *Conflitos Bioéticos do viver e do morrer*. Brasília: CFM, 2011.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. In: SÁ, Mana de Fátima Freire de (Coord.). *Biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

NETO, Francisco dos Santos Amaral. In *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Ferrer-Correia*, Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 1989.

PEREIRA, Caio Mário. *Instituições de direito civil*. São Paulo: Forense, 1995.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de bioética*. 11. ed. São Paulo, SP: Centro Universitário São Camilo, 2014.

REIS, André Prado Marques dos. O relatório Belmont e sua importância para a Bioética. *Conteúdo Jurídico*, Brasília-DF: 25 set. 2012. Disponível em:

<<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.39666&seo=1>>. Acesso em: 04/06/2019.

ROCHA, Felipe. Educar para a Liberdade e a autonomia. Revista Portuguesa de Filosofia. Vol. 49. Fasc. 1-2. 1993.

SÁ, Maria de Fátima de. Biodireito e direito ao próprio corpo: doação de órgãos incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 2. ed. São Paulo: Cortez, V. 1. 2000.

SARMENTO, Daniel. Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada. B. Cient. ESMPU, Brasília, a. 4, n.14, p. 167-217, jan/mar 2005.

SHEWMON. O cérebro e integração somática: insights sobre a lógica biológica padrão para equiparar a "morte cerebral" com a morte. Jornal de Medicina e Filosofia 26. 2001.

SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. Rev. Bras. Saude Mater. Infantil. Recife, v. 10, supl. 2, p. s419-s425, dez. de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29/05/2019.

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SILVA, Tomaz Tadeu da. Antropologia do Ciborgue - as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 207-221, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS. Biblioteca Universitária. Manual de normalização e estrutura de trabalhos acadêmicos: TCCs, monografias, dissertações e teses. 2. ed. rev., atual. e ampl. Lavras, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufla.br/jspui/handle/1/11017>>. Acesso em: 29/05/2019.

VASCONCELOS, Anilton Cesar. Patologia Geral em Hipertexto. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000.

VEATCH, Robert M. Bioética; tradução Daniel Pereira; revisão técnica Gisele Joana Gobbetti – 3 ed. – São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

VENOSA, Sílvio de Salvo. Direito civil: parte geral. 13. Ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VOMERO, Maria Fernanda. In: Revista SUPERINTERESSANTE. São Paulo: Editora Abril, fev. 2002. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/comportamento/morte/>>. Acesso em: 03/06/2019.