O DIREITO CONSTITUCIONAL AO FIM DA VIDA DE FORMA DIGNA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO BIOPODER

Flávio Cardozo de Albuquerque Filho*

RESUMO: O presente artigo aborda o processo de antecipação do fim da vida em pacientes acometidos por doença terminal a partir de uma ótica do exercício do biopoder do Estado, segundo Michael Foucault, que proíbe o indivíduo de exercer a autonomia sobre a sua vida, restringido a sua liberdade e influenciando as políticas públicas de saúde. Se não bastasse o exercício de tal poder por parte do Estado, é flagrante a influência religiosa no tema, dificultando a discussão da matéria na sociedade. Em que pese o direito à morte antecipada para garantir a dignidade do indivíduo não seja proibida expressamente por lei, na prática, tal direito não é garantido ao indivíduo, provocando insegurança jurídica. A partir de uma análise sistemática da Carta Constitucional brasileira à luz do fundamento constitucional da dignidade humana, fundamento maior da Constituição, constata-se que não há fundamento legal para que o Estado impeça o paciente em fase terminal de tomar uma decisão sobre o momento em que se dará o seu fim da vida, muito embora a mesma seja terminantemente proibida.

PALAVRAS-CHAVES: Antecipação do fim da vida. Biopoder. Dignidade da Pessoa Humana. Liberdade.

INTRODUÇÃO

É notório que em razão da evolução tecnológica moderna a Medicina atravessou profundas modificações ao longo do Século XX, bem como, em razão dos acontecimentos históricos modernos, o direito voltou-se para a proteção integral do indivíduo humano. Tem-se, portanto, de um lado uma ciência médica capaz de oferecer cuidados cada vez mais eficientes e de outro, uma ciência jurídica que busca proteger fielmente

* Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Sergipe. Advogado. Pós-graduado em Direito Constitucional pela Escola Judicial do Estado de Sergipe. Mestrando em Direito da Saúde na Universidade Aix-Marseille (França). E-mail: flaviocardozoalb@gmail.com.

os indivíduos de atentados contra os seus direitos mínimos.

Dentre um dos paradoxos da evolução médica e do direito, tem-se a problemática referente à morte. É certo que a função primordial da medicina, é a manutenção da saúde do ser humano, saúde esta, que significa sobretudo a própria vida. A concepção histórico-cultural humana, e sobretudo a própria natureza humana, demonstra que a morte é um fenômeno repudiado na sociedade ocidental. A morte é repudiada enquanto o ser humano encontra-se vivo e em pleno gozo de suas capacidades únicas que o destacam quanto espécie junto a outros animais.

Historicamente, na Idade Média, o conceito de soberania garantia controle total da vida e morte dos súditos do suserano. Tal disposição só veio a ser modificada a partir de século XIX, concomitantemente com as modificações políticas que ali aconteceram, notadamente a concepção humanista do Iluminismo e a relevância do indivíduo. O homem passa a ser o centro de análises físicas e filosóficas enquanto surgiam as bases do Estado Moderno de Direito. Nesse momento, a vida assumiu então o bem jurídico mais valioso para a sociedade ocidental, passando a ser um dos objetos do controle do Estado.

A ciência médica sempre buscou compreender o funcionamento do corpo humanos a fim de postergar o tempo de vida e garantir autonomia ao homem. A morte, principal antagonista da medicina, passou a ser combatida incansavelmente, a ponto de tornar tarefa principal do médico fazer o paciente viver o máximo de tempo possível. Todavia, essa luta pelo prolongamento da vida passou aos poucos do panorama de objetivo para obrigação. É cada vez mais comum se observar no leito dos hospitais, o prolongamento da vida a qualquer custo, com a utilização de tratamentos desnecessários e injustificáveis, que muitas vezes não trazem conforto ao paciente.

1 DO CONTROLE ESTATAL SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

É comum o fato de as condutas e políticas adotadas pelos Estados modernos não serem compreendidas em toda a sua profundidade. Muitas vezes, o interesse supremo do Estado para fazer o bem a seus governados é apresentado como justificativa para serem impostas sujeições forçadas

sobre a vida dos indivíduos. Tal política de controle biológico do ser humano por parte do Estado, denominada de biopolítica, representam uma forma de controle que foge das concepções clássicas de política, talvez, por ser dentre elas, uma das mais modernas.

Tal implementação deu-se com o surgimento do Estado Moderno a partir da segunda metade do século XVIII, sobretudo em relação aos processos biológicos de natalidade, mortalidade e longevidade, constituindo os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle das políticas sociais, através da biopolítica[1]. Logo, esta representa a tecnologia de governo através da qual os mecanismos biológicos dos indivíduos passam a integrar o cálculo da gestão do poder, segundo considera Michael Foucault.

A atuação biopolítica dos Estados contemporâneos pode ser identificada em situações sutis, e que muitas vezes passam despercebidas. O presente trabalho objetiva analisar a biopolítica estatal relacionada ao direito individual de antecipação do fim da vida em pacientes terminais. Mas antes, necessário se faz compreender o contexto histórico que fez despertar por parte do Estado, o interesse em controlar biologicamente os seus governados.

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO SURGIMENTO DA BIOPOLÍTICA SEGUNDO MICHAEL FOUCAULT

O despertar do interesse estatal sobre as causas concernentes à saúde pública coincide historicamente com surgimento da biopolítica[2]. Foucault traça um panorama histórico em seu curso "É preciso defender a Sociedade" considerando como referência a teoria clássica da soberania, a qual, no século XVII, tinha o direito de vida e morte como um de seus atributos fundamentais. É dizer: o soberano possuía então a manifesta dissimetria entre o direito de vida e de morte sobre o súdito, podendo fazer com que este possa morrer ou continue a viver. Logo, é por causa do soberano que o súdito tem direito de estar vivo, ou tem direito, eventualmente, de estar morto (FOUCAULT, 2000, p. 286).

A alteração desse panorama é vista com clareza no século XIX, paralelamente às transformações políticas que ali se iniciaram, fazendo com que o direito soberano de fazer morrer ou deixar viver seja penetrado, perpassado e modificado de forma a inverter e se transformar

em um poder exatamente inverso, qual seja, o poder de fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 2000, p. 287).

Como consequência da implementação predominante nos países modernos do Estado do bem-estar social, o desenvolvimento das principais políticas públicas, dentre as quais se encontra a de saúde, passou por ele a ser desenvolvida, com o escopo primordial de conferir um mínimo de bem-estar econômico e social à população.

O Estado passa então a exercer o seu biopoder, sobretudo em torno de um conjunto de processos que passaram a ser de seu interesse. Destaca-se o interesse do Estado com as endemias, doenças reinantes numa população, mais precisamente em relação à sua natureza, extensão, duração e intensidade. Explica Foucault:

> Não mais a consideração destas como causas de morte mais frequente, mas como fatores permanentes de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custas. Em suma, a doença como fenômeno da populacão: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida – é a epidemia – mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece (FOUCAULT, 2000, p. 287).

Não pode-se deixar de olvidar ou deixar em segundo plano a real intenção do Estado com a instituição deste biopoder: o controle da população através de mecanismos reguladores capazes de a torná-la melhor governável, diminuindo os riscos de morte e potencializando a vida. Nesse momento, a vida vira objeto de interesse primordial do Estado.

A passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, portanto, significou a abrangência de todas as forças sociais pelo capitalismo. O que significa, na acepção marxista, a realização plena da subordinação real do trabalho, da sociedade ao capital, quando está sujeito não apenas à dimensão econômica ou à dimensão social

da sociedade, mas também ao próprio bios social. O biopoder age diretamente no processo econômico de gestão do capital, tornando-o funcional. Daí Foucault afirmar que o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expressão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornadas possíveis pelo exercício do biopoder com suas formas e procedimentos múltiplos (NASCIMENTO, 2012, p. 169).

Incorre em erro pensar que o interesse o Estado nesse momento foi tão somente a melhoria da vida do indivíduo. Trata-se de um período histórico antecessor das grandes revoluções industriais, em que o Estado precisaria mais do que nunca de um indivíduo forte, sólido e vivo. Necessário se faria a manutenção dos indivíduos saudáveis e ativos, prontos e capazes para sustentarem um sistema de produção que viria a se consolidar, sobremaneira no continente europeu.

Foucault considera ainda que nesse período de implementação da biopolítica, o Estado passa a se preocupar com a população, a individualização do corpo, e não mais com uma massa de corpos. Será necessário, portanto, modificar, baixar a morbidade, encompridar a vida, estimular a natalidade, estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, poderão fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações (FOUCAULT, 2000, p. 288).

O biopoder vai se dirigir à população através de mecanismos de regulamentação capazes de controlar a sua natureza aleatória, controlar a probabilidade dos eventos, com vistas a otimizar um estado de vida: seja para maximizar ou extrair as suas forças. A descoberta da população e, ao mesmo tempo, a descoberta do indivíduo e do corpo manipulável, por meio das tecnologias, apresentam-se como pontos centrais das mudanças substantivas dos processos políticos do Ocidente. A sociedade disciplinar e de controle subjugou a vida humana às estratégias do Estado em sua intenção de transformar tudo em produção, de tratar o ser humano não como indivíduo, mas como espécie, promovendo assim o desenvolvimento capitalista. Isso vai ser concretizado, historicamente, com a sociedade industrial organizada e gerenciada pelos princípios fordistas e tayloristas (NASCIMENTO, 2012, p. 164).

Nesse cenário em que o Estado passa a observar com atenção o fazer viver, por consequência, a morte passa a ocupar um segundo plano em

relação ao poder, que a partir de então, passará a exercer um domínio apenas de modo geral, global, estatístico. Logo, a morte agora passará para o âmbito privado, num momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, num foro estritamente particular.

Sobre esse novo foco da morte em relação ao Estado, à luz de Foucault, Maristela Nascimento ensina com maestria:

> Foucault percebeu que, no momento em que a vida passou a se constituir no elemento político por excelência (mais precisamente numa questão do poder), ela passou a demandar mecanismos e técnicas para a sua administração, o seu cálculo e a sua normatização. Esta foi, no século XVII e XVIII, a tradução do cuidado da vida como um direito resguardado pelo soberano, mas que trouxe a imposição da morte em massa, em nome, justamente, da preservação da vida. Como observa Foucault, as guerras já não se travam em nome do soberano a ser defendido; travam-se em nome da existência de todos; populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver. Os massacres se tornaram vitais, fazem parte da organização do poder. Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens. E, por uma reviravolta que permite fechar o círculo, quanto mais a tecnologia das guerras voltou-se para a destruição exaustiva, tanto mais as decisões que as iniciaram e encerraram se ordenaram em função da questão nua e crua da sobrevivência. A vida ganha dimensão valorativa que justifica o poder matar e fazer morrer (NASCIMENTO 2012, p. 161).

George Rosen analisa e conclui em sua obra que a história da medicina social é, sobretudo, a história da política e da ação social em relação aos problemas de saúde. Aduz Rosen que o cuidado com a saúde encontrou-se sempre relacionado com condições políticas, econômicas e sociais de cada sociedade, porém, não havia a preocupação com a

análise e estudo do seu objeto, como veio a se observar no pós-Segunda Guerra Mundial[3].

Foucault denomina "sociedade de segurança" as sociedades modernas, em que as técnicas biopolíticas estão inseridas nos cálculos do governo. Essa nova forma de organização social marcou uma ruptura no discurso científico, com a valorização do saber nos campos da medicina e da estatística. É através deles que o biopoder é instrumentalizado, permitindo que o Estado atue biopoliticamente. A ordem jurídica integra-se cada vez mais ao conhecimento médico, promovendo uma intervenção reguladora na vida dos indivíduos (FOUCAULT, 2002, p. 291).

Dentre os objetos do biopoder que o Estado passou a exercer em matéria de saúde, encontra-se em primeiro plano as questões referentes à vida, bem jurídico mais valorizado, e portanto, cujo controle é o mais visado pelo Estado. Todavia, o mundo contemporâneo observa uma verdadeira insistência da grande parte dos Estados modernos em priorizarem o controle biopolítico do indivíduo, muitas vezes sem justificativa, causando prejuízos imensuráveis aos direitos fundamentais do homem.

Quando esse poder não for resultado da ação conjunta dos homens, deixa de ser potência; ele passa a ser poder-violência, instrumentalizado para o uso da força. Portanto, o poder na modernidade se tornou um fenômeno que transcende a multidão de homens em ação, passando a se expressar unicamente através de uma entidade una e universal por meio de instrumentos, sejam eles a arma ou a lei. Esta é a interpretação que fez da violência, algo constitutivo e legítimo do próprio Estado moderno, afinal é o medo, na leitura de Hobbes, que sustenta e mantém a vida organizada (NASCIMENTO, 2012, p. 159).

É dizer: sobretudo, em relação às biopolíticas estatais referentes ao direito de um indivíduo acometido de doença terminal escolher como e quando acontecerá sua morte. O Estado moderno, e no caso do presente trabalho, a República Federativa do Brasil, insiste em exercer o seu biopoder, supremo em relação à manifesta vontade do indivíduo, forçando o paciente terminal a permanecer vivo, ainda que esta não seja a sua vontade.

O direito à vida passa a se transformar em obrigação à vida, devido ao fato de o Estado ver com repulsa o desejo de um paciente acometido de doença terminal, querer apenas por fim ao sofrimento que encontra-

se vivendo. Trata-se de uma decisão de cunho estritamente subjetivo e pessoal por parte do paciente, não havendo qualquer desdobramento para além dos interesses do paciente terminal.

1.2 PROBLEMÁTICAS EM POLÍTICAS DE SAÚDE CONTEMPORÂNEAS

É inquestionável que toda e qualquer política pública de saúde[4] tem por finalidade, ainda que teoricamente, conforme visto anteriormente, implementar a qualidade de vida da população. Trata-se de uma política social estritamente ligada ao direito de cidadão inerente a todo aquele que assim é considerado, conforme disposição da Carta Constitucional. Todavia, em que pese tal certitude teórica sobre os fins primordiais das políticas públicas de saúde, há diversos outros fins, muitas vezes conjugados de forma prioritária àqueles.

A elaboração de políticas públicas representa um processo complexo que envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Por se tratar de uma prática de proteção social, a política de saúde se numa zona tênue entre diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços, etc[5].

A ação da política de saúde sobre tais formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais.

Muito embora no plano ideal e teórico toda e qualquer política pública deva observar sempre a melhoria das condições sanitárias da sociedade, esta sofre interferência de interesses externos, que acabam determinando os rumos e a estrutura das políticas de saúde. Logo, a política de saúde se encontra estritamente ligada a uma tríade entre Estado, sociedade e mercado. Em relação à sociedade, esta, além de ser a atriz principal da tríade, financia o sistema através de seus impostos e contribuições. O Estado, define as normas e obrigações, recolhe os

recursos e os destina, cria estímulos para produção de bens e serviços, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. Por fim, o mercado, além de produzir os insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos (GIOVANELLA, ESCOREL, LOBATO, NORONHA, CARVALHO, 2012, p. 17).

Dessa forma, resta evidente que a política de saúde tem também um forte vínculo com o âmbito econômico, dada sua contribuição para a manutenção do nível econômico e a aceleração do ritmo das atividades produtivas, no momento em que produz efeitos sobre outros setores como química e farmacêutica, equipamentos, etc.

No âmbito do presente estudo, qual seja, a faculdade do exercício de um direito de antecipação da vida do paciente em estado terminal, surge, por lógica, o seguinte questionamento: qual o interesse do Estado em interferir nessa seara e a coibir de forma sólida, penalizando-a? Até que ponto deveria o Estado interferir em um assunto estritamente de foro íntimo do indivíduo? Teria o Estado algum prejuízo caso viesse a conferir ao indivíduo a liberdade e autonomia sobre decidir sobre o momento em que sua vida deve encerrar, caso este possua uma doença em fase terminal?

Feitas tais interrogações retóricas, a última pode ser respondida com base no que Michael Foucault apresentou em sua obra já anteriormente apresentada, o denominado biopoder estatal. Mas não naquela forma apresentada em meados do século XIX, e sim de uma forma manifestamente excessiva, e por consequência, desarrazoada. De fato o Estado não teria qualquer prejuízo em permitir que os indivíduos que se encontrem nos últimos dias de vida e em sofrimento, possam antecipar a sua morte, a não ser a perda do exercício do seu biopoder sobre esse tema.

Tem-se, portanto, ainda, numa época em que o Estado Democrático de Direito encontra-se consolidada, uma forte influencia no biopoder estatal na agenda de elaboração de suas políticas públicas, limitando-a àquelas que lhes sejam benéficas, em detrimento de anseios públicos, e mais especificamente no presente caso, em detrimento do direito subjetivo de querer por fim a um sofrimento.

Em que pese diversos casos de antecipação do fim da vida em pacientes terminais já terem sido objeto de debate público, chegando ao

conhecimento dos três poderes políticos e também da sociedade, através da mídia, a matéria não é tratada com a devida atenção e credibilidade que merece.

É notório que o direito subjetivo de morrer de forma digna é estritamente individual, porém, o seu exercício encontra-se limitado pelo biopoder estatal. Não à toa, as discussões que atualmente encontram-se em pauta no Poder Legislativo são predominantemente no sentido de penalizar a possibilidade antecipação do fim da vida. Trata-se de um manifesto caminhar no sentido contrário à efetividade dos direitos fundamentais, sobretudo ao direito considerado como referência de todo o ordenamento, qual seja, o da dignidade da pessoa humana, conforme será visto adiante.

1.3 DA INFLUÊNCIA RELIGIOSA

Aliado ao excessivo biopoder estatal, constata-se ainda a forte influência religiosa, exercendo também, papel decisivo no momento de consolidação de políticas públicas. Muito embora a Constituição brasileira reconheça a laicização do Estado, tal imparcialidade não é observada na prática, tendo em vista que a religião católica exerce uma forte influência na sociedade brasileira, dificultando o desenvolvimento de debates e consequentemente o reconhecimento social do direito de antecipar o fim da vida por um paciente em fase terminal. As primeiras discussões nacionais através da mídia acerca da antecipação do fim da vida surgiram apenas há poucos anos[6].

O posicionamento adotado pela grande parte dos ordenamentos jurídicos mundiais, reconhecendo a indisponibilidade do direito de antecipar o fim da vida em pacientes terminais, e inclusive muitas vezes tipificando eventuais tentativas ou consumações como crime, se valem amplamente de argumentos exclusivamente religiosos.

Os que se utilizam de tais argumentos, conferem à vida um caráter sagrado, sendo ela inviolável em virtude do que representa. Para alguns, a vida humana representa o resultado de uma criação divina, ou seja, é uma obra de Deus, que a criou como sua própria imagem e dela ninguém, por razão alguma, pode dispor. Outros conferem sacralidade à vida humana por ser esta obra da natureza, o resultado de um processo natural seletivo que culminou na raça humana[7].

A vida e a morte são dois momentos extremamente importantes e que merecem ser debatidos. Ocorre que pela carga de mistério que carregam, muitas vezes seu debate encontra algumas resistências. Sobretudo em razão da importância objetiva dos dois momentos, assim como à resistência que oferecem à sua análise intelectual, fazendo com que os confins da vida em geral, e da vida humana em particular, tenham algo de misterioso[8].

A sacralização da vida fica clara na análise da forma como algumas religiões se posicionam sobre a possibilidade de realização da eutanásia. O judaísmo, por exemplo, se posiciona contra a eutanásia, mas defende que não deve haver o prolongamento do sofrimento por meio do uso de procedimentos que representem um escarnecimento terapêutico. Já para o islamismo, a vida é considerada inviolável, devendo ser protegida de todas as formas. O islamismo entende que a vida é um dom de Deus e o médico aparece como um instrumento de Deus para aliviar o sofrimento das pessoas. Por isso, deve defender a vida em todas as circunstâncias[9].

No Cristianismo, essa sacralização pode ser vista de forma ainda mais nítida. A visão da vida como uma criação divina fica clara na declaração divulgada pelo Vaticano em 05 de maio 1980, que considera qualquer ato que possa por em risco a continuidade da vida como uma violação à lei divina:

> A vida humana é o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a actividade humana e de toda a convivência social. Se a maior parte dos homens considera que a vida tem um carácter sagrado e admite que ninguém pode dispor dela a seu bel-prazer os crentes vêem nela também um dom do amor de Deus, que eles têm a responsabilidade de conservar e fazer frutificar.

Debora Diniz esclarece que o princípio da sacralidade da vida assegura o valor moral da existência humana e fundamenta diferentes mecanismos sociais que garantem o direito de estar vivo. Esse é um princípio laico, também presente em diferentes códigos religiosos, mas não é o mesmo que o princípio da santidade da vida. Reconhecer o valor moral da existência humana não é o mesmo que supor sua intocabilidade.

O princípio da santidade da vida é de fundamento dogmático e religioso, pois pressupõe o caráter heterônomo da vida humana. Em um Estado laico como é o Brasil, o que está expresso em nosso ordenamento jurídico público é o princípio da sacralidade da vida humana e não o princípio da santidade da vida humana. O valor moral compartilhado é o que reconhece a vida humana como um bem, mas não como um bem intocável por razões religiosas. Todavia, a socialização dos profissionais de saúde confunde ambos os conceitos, o que acaba por sobrepor valores privados e metafísicos a respeito do sentido da existência e da morte a princípios coletivos, como o da sacralidade da vida e o da autonomia[10].

A consequência do exercício de forte influência do excesso de biopoder estatal e da influência religiosa é sobretudo, a forma em que as políticas públicas de saúde acabam sendo aplicadas (ou não aplicadas) no país, chegando ao ponto de representar manifestos desrespeitos aos direitos humanos, como se observa no tema objeto deste estudo, qual seja, o direito de morrer de forma digna, o qual, por não ser de interesse do Estado, não encontra-se regulamentado positivamente a fim de garantir sua proteção, conferindo insegurança jurídica ao detentor de tal direito subjetivo.

2 DA ANTECIPAÇÃO DO FIM DA VIDA

Em que pese a matéria não ser abordada de forma consolidada no país, dada a falta de interesse estatal e a influência que a religião católica exerce, discussões acerca do direito de antecipar a vida, se desdobrando do direito de matar ou de morrer, encontram-se presentes desde as mais remotas épocas da história das civilizações humanas.

Na Índia antiga, por exemplo, aqueles enfermos considerados como incuráveis eram jogados no rio Ganges, depois de serem sua face vedada com a lama daquele mesmo rio, considerada como sagrada. Já em Atenas, o Senado possuía pleno poder em decidir acerca dos idosos e incuráveis, dando-lhes, quando conveniente, em uma cerimônia especial, a bebida venenosa mortífera[11].

Historiadores afirmam que o gesto de os guardas judeus darem a Jesus uma esponja embebida em vinagre, antes de constituir ato de zombaria e crueldade, teria sido uma maneira piedosa de amenizar seu sofrimento, pois o que lhe ofereceram, segundo consta, fora simplesmente o vinho

da morte, numa atitude de extrema compaixão. Tal bebida, produzia um sono profundo e prolongado, durante o qual o crucificado não sentia nem os mais cruentos castigos, e por fim caía em letargo passando à morte insensivelmente (FRANÇA, 1999, p.101).

Conclui-se, de plano, que a antecipação do fim da vida era uma prática normal cometida em diversas civilizações antigas. Amenizar o sofrimento daqueles que se aproximam da morte sempre foi algo buscado. A mudança em relação a essa normalidade se deu sobretudo a partir do momento em que o Judaísmo e o Cristianismo começaram a se desenvolver e exercer influência sobre as civilizações.

Com o surgimento do Estado Moderno, e o início do exercício do biopoder estatal, conforme já visto anteriormente, o direito à antecipação do fim da vida tornou-se uma proibição, inclusive com caráter de crime, dada a sua relação e interferência no bem moderno tido como mais valioso, qual seja, a vida.

A vida e a arte expõem diferentes conceitos acerca da finitude e do processo de morrer, incluindo situações como eutanásia, suicídio assistido, cuidados paliativos, distanásia e obstinação terapêuticas. Nesse contexto de situações limítrofes, em que enfermos com moléstias incuráveis se encontram em fim de vida, e sobre as quais deverão ser tomadas decisões, discutem-se questões como a suspensão (ou não) de medidas terapêuticas e de suporte avançado – antibioticoterapia, circulação extracorpórea, cirurgias, hemodiálise, hemotransfusão, intervenções diagnósticas, monitoramento das funções vitais, nutrição e ventilação mecânica, somente para citar algumas (NUNES, 2014).

O crescente envelhecimento populacional associado ao rápido avanço das tecnologias biomédicas favorece a ampliação do horizonte de debates sobre o direito de morrer, a eutanásia e a obstinação terapêutica. Certamente, este será um fenômeno que exigirá uma rápida revisão dos currículos das carreiras de saúde, e a bioética pode ser um instrumento analítico importante para essa redefinição dos papéis na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes. O tema do direito de deliberar sobre a própria morte extrapolou as fronteiras acadêmicas do Direito, da Medicina e da Bioética, ganhando o espaço da ficção, do cinema e do debate cotidiano. Ao contrário de outros temas bioéticos, a ressignificação da eutanásia como uma expressão da cultura dos direitos humanos, ou seja, como um tema relativo a princípios éticos

como a autonomia ou a dignidade, é um movimento crescente no Brasil (DINIZ, 2006).

Com a evolução social e a supremacia dos direitos humanos, a qual é vista como predominante na civilizações atuais, o direito à antecipação do fim da vida urge como um direito a ser afirmado nos ordenamentos jurídicos estatais, haja vista sua grande particularidade e importância. Para uma melhor compreensão do que vem a ser a antecipação do fim da vida e quais os procedimentos que poderiam ser utilizados pelos pacientes terminais, o presente trabalho passará a abordar neste capítulo as modalidades existentes, não perdendo de vista que a possibilidade se delimita exclusivamente para os pacientes que se encontrem em estado terminal.

2.1 DO PACIENTE TERMINAL

Importante se faz ressaltar que o presente trabalho se restringe tão somente a analisar a possibilidade de antecipação do fim da vida aos pacientes que se encontram definidos em um estágio terminal. Todavia, tal expressão carece de consenso técnico, podendo ser a terminologia definida de várias formas e considerada em momentos distintos.

Em que pese tal incerteza, em regra a terminalidade é um estágio em que, de forma consensual e geral, o paciente encontra-se em uma situação de intenso sofrimento e dor, sem qualquer esperança de reversão do quadro em que se encontra. Sobre esse estado, Salvador Urraca Martínez[12] discorre:

> Algumas enfermidades arrancam impiedosamente o paciente grave de seu contexto habitual e os colocam em situações hospitalares despersonalizadas, sinistras e indignas. Não convém esquecer que na pessoa enferma, mais ainda se é terminal ou padece de uma enfermidade invalidante, se produzem mutações psicológicas e sociais de grande envergadura: saltam do entusiasmo e do domínio para a nostalgia e a dependência, da posse para a perda, da atividade criadora para a prostração aniquiladora, da cálida companhia ao abandono psicológico,

> dos projetos e expectativas fantasiosas à vida limitada, do ambiente cálido à frieza hospitalar, da comunicação ao engano, da ternura ao abandono

A ciência médica expõe que a dificuldade de definição da terminalidade diz respeito à objetivação temporal de tal momento. Para Gutierrez Pilar[13] é o momento quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar.

Trata-se, portanto, de um estágio intrínseco, sentido exclusivamente pelo paciente e capaz de refletir para as pessoas que com ele convivem. Diante dessa sensação, surge o questionamento acerca da possibilidade de antecipar o fim da vida, trazendo através da desistência em seguir com aquele sofrimento, um possível alívio com o simples fim.

José Roque Junges explica que o paciente terminal passa por cinco fases antes que venha falecer. A primeira delas é a fase da negação explícita, que representa a primeira reação diante da informação. Nesta primeira fase é esperado que o paciente negue a evidência do relato dos sintomas. A fase seguinte, da ira em que o doente assume atitudes coléricas contra os que o rodeiam, se pergunta por que a enfermidade lhe acomete e se revolta com toda vitalidade que encontra ao seu redor. Passa então à fase da negociação, representando uma espécie de trégua e colocação de prazos, enquanto se negocia com Deus. É neste momento que a pessoa já começa a enfrentar de frente a morte. Verifica-se então a fase da depressão, na qual, no começo trata-se de uma culpabilização em relação ao passado, procedida por uma depressão em relação ao futuro. É quando a pessoa prefere estar só familiares e amigos, não querendo saber nada da realidade exterior. Por fim, a quinta e última fase chega com o sentimento de aceitação na qual o doente pode experimentar um sentimento de profunda paz interior e exterior, superando o medo da aceitação, a atitude do doente ocupa um lugar central (JUNGES, 1999, p. 176).

De fato o paciente está diante de uma situação extremamente delicada e subjetiva. O paciente terminal encontra-se ponderando de um lado a insistência na dor, na falta de motivação, no sofrimento, em troca de

poucos dias de vida, na grande maioria dos casos e de outro lado, o fim de todas essas sensações negativas, antecipando-se a sua morte. Para a melhor compreensão da matéria, importante se faz analisar todas as suas modalidades.

2.2 MODALIDADES DE ANTECIPAÇÃO DO FIM DA VIDA

Com o atual advento das inovações tecnológicas para a cura dos doentes e seu indevido uso para aqueles que já se mostravam em processo de morte, os inúmeros casos de pacientes que relatavam sofrimento que suplicavam por uma morte rápida no estágio terminal de suas vidas, fizeram com que o clamor do procedimento eutanásico fosse aumentado, sobretudo nos fins do século XX (FRANÇA, 1999, p. 121).

O vocábulo eutanásia[14], de origem grega, tem por significado boa morte[15], ou seja, uma morte sem sofrimento ou dor, realizada em regra por um médico em face de um doente que se encontra em fase terminal, conferindo-lhe o direito de morrer antecipadamente. É, portanto, o ato do profissional médico, ou de terceiro, que de forma direta, leva à antecipação do fim da vida do paciente terminal. A título de exemplificação, a eutanásia se concretiza quando o médico injeta no paciente terminal um medicamento capaz de acelerar ou provocar sua morte.

Segundo o tema, Débora Diniz explica:

> Alguns conceitos bioéticos se prestam a várias interpretações, e o de eutanásia é um deles. Há autores que definem eutanásia pela etimologia do conceito: uma prática eutanásica seria aquela que garantiria a "boa morte". E boa morte seria aquela resultante de uma combinação de princípios morais, religiosos e terapêuticos. Não basta uma boa Medicina para garantir a boa morte, é preciso cuidado respeitoso com as crenças e valores que definem o sentido da vida e da existência para que se garanta a experiência de uma boa morte para a pessoa doente. De acordo com essa interpretação, eutanásia converte-se em um ato de cuidado e de

> respeito a direitos fundamentais, em especial à autonomia, à dignidade e ao direito a estar livre de tortura.

Para Carnevalli[16] o conceito de eutanásia é o de uma ação ou omissão, com o objetivo de causar a morte em um ser humano, com o objetivo de pôr fim ao seu sofrimento, sempre a pedido deste ou de seus familiares, tendo em vista que a vida que levam não se encontra dotada de nenhuma qualidade. Tereza Rodrigues Vieira[17] completa "ato de provocar a morte por compaixão no que tange a um doente incurável, pondo fim aos seus sofrimentos.

Os elementos centrais que caracterizam a eutanásia são: a necessidade da morte acontecer sem dor ou sofrimento para o enfermo ou, quando muito, com dor ou sofrimento rápido; o fim pretendido com o procedimento deve ser exclusivamente o de pôr fim à dor e ao sofrimento experimentado pelo enfermo; e a realização do procedimento em observância da solicitação consciente e livre pelo enfermo ou por familiares capazes de demonstrar que este teria sido o desejo do paciente caso estivesse consciente[18].

O segundo procedimento a ser aqui analisado é a ortotanásia, que significa a obtenção da morte de forma digna, sem interferência de procedimentos científicos que visem o seu prolongamento, garantindo que a mesma se realize em seu curso natural. A principal forma de um paciente terminal obter a ortotanásia é através da realização de cuidados paliativos por parte do médico.

Luciano de Freitas Santoro explica a ortotanásia da seguinte forma:

> A ortotanásia, assim, é o comportamento do médico que, frente a uma morte iminente e inevitável, suspende a realização de atos para prolongar a vida do paciente, que o levariam a um tratamento inútil e a um sofrimento desnecessário, e passa a emprestar-lhe os cuidados paliativos adequados para que venha a falecer com dignidade. Por isso, a ortotanásia pode ser considerada como a conduta correta frente à morte, a qual será realizada a seu tempo e modo, já que não antecipará ou retardará, mas sim, aceitará que, tendo iniciado o processo mortal, deve-se continuar a respeitar a dignidade

> do ser humano, não submetendo o paciente a uma verdadeira tortura terapêutica.

A Organização Mundial da Saúde[19] define cuidados paliativos como o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos, dentre os quais se destacam o controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são os mais importantes. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

Sobre o tema, Sá e Moureira ensinam:

> Entende-se que a ortotanásia, ou eutanásia passiva pode ser traduzida como mero exercício regular da medicina e, por isso mesmo, entendendo o médico que a morte é iminente, o que poderá ser diagnosticado pela própria evolução da doença, ao profissional seria facultado, a pedido do paciente, suspender a medicação utilizada para não mais valer-se de recursos heroicos, que só têm o condão de prolongar sofrimentos (distanásia) (SÁ, 2005, p. 134).

Em que pese o tema encontrar-se diretamente relacionado, e muitas vezes, de forma equivocada, provocar ligações com a eutanásia, são grandes as diferenças entre estas formas de antecipação do fim da vida de um paciente terminal. Isso porque, ao contrário da eutanásia, em que a morte é alcançada com a interferência, em regra, de um médico, a ortotanásia não conta com a atuação médica para esse fim. É dizer, na ortotanásia, o médico deixa de insistir em tratamentos que prolonguem a vida de maneira artificial e inútil, pelo fato de que a doença encontra-se em fase irreversível, sendo impossível a sua cura.

De acordo com José Roberto Goldim, há que se evitar a "futilidade terapêutica", que o autor explica:

> O conceito de “futilidade terapêutica” pode ser admitido como um princípio não estritamente moral. Pode referir-se a uma apreciação da sua validade prática, e, portanto, a um juízo

> de mera prudência clínica e até apenas uma manifestação do senso comum. O tema tem, no entanto, contornos que se podem ligar à utilização racional dos meios a utilizar nos cuidados de saúde e à gestão dos recursos disponíveis, sobretudo nos meios hospitalares onde aqueles são sempre necessariamente limitados. Sublinhe-se: o conceito de futilidade dos meios de intervenção diagnóstica ou terapêutica refere-se a um julgamento clínico e operacional conotado negativamente como indesejável e inadequado, independente dos seus custos. Embora represente sempre um consumo impróprio de recursos, a futilidade terapêutica tem como base conceitos de ordem clínica, com seus critérios de avaliação intrínsecos, não dependendo de eventual escassez ou da abundância dos meios de intervenção (GOLDIN, 2008).

Logo, na ortotanásia não é o ato do médico que antecipa o fim da vida do paciente terminal, causando a sua morte, e sim, a própria doença é a verdadeira causadora. O médico tão apenas reconhece, a impossibilidade da ciência médica em vencer a enfermidade, optando pela proteção à integridade da dignidade humana do paciente, e deixa com que a doença siga naturalmente o seu curso. Não está-se aqui diante de uma interrupção de vida do paciente, mas sim, da interrupção de tratamentos que visem apenas o prolongamento forçado da vida.

Muito embora a ortotanásia não possua qualquer elemento que possa ser imputada como ilícita, a sociedade em geral, inclusive médicos e operadores da lei, a vê frequentemente com maus olhos. Isso porque, não há uma unanimidade em relação à sua conceituação, fazendo com que a sua instituição seja consolidada, sendo frequentemente relacionada de forma indevida à eutanásia, sem de fato guardar qualquer relação, conforme visto anteriormente.

Apesar da existência de argumentos contrários, torna-se difícil sustentá-los à luz de uma interpretação constitucional fundamentada na dignidade da pessoa humana e à luz do direito à vida. O verdadeiro objetivo da ortotanásia é a garantia da manutenção da vida digna, até seus últimos segundos, fazendo com que os indivíduos em fase terminal

reconheçam, se assim quiserem, que morrer é um processo natural do viver. Importante ressaltar, que em momento algum deve-se deixar de esquecer que todo e qualquer procedimento em face de um paciente terminal deve respeitar tão somente a sua vontade, ou em caso de impossibilidade de manifestação, de seu representante legal[20].

Ainda como forma de antecipação do fim da vida, tem-se o suicídio assistido. Nesta hipótese, é o próprio enfermo terminal que provoca sua morte, através de um auxílio conferido por terceiro, caracterizado sobremaneira pela compaixão. Difere de plano da eutanásia, tendo em vista que nessa o terceiro não presta auxílio, mas sim, executa a própria ação de antecipar o fim da vida, a pedido do próprio paciente ou de seu representante legal.

A diferença entre a eutanásia e o suicídio assistido é que, neste último, a pessoa doente é apenas assistida para a morte, mas todos os atos que acelerarão esse desfecho são por ela realizados. Como há casos de pessoas que solicitam o suicídio assistido, mas que não possuem independência locomotora suficiente sequer para levar um copo à boca, foram desenvolvidos mecanismos para garantir que apertando um botão de uma máquina, por exemplo, seja acionado um dispositivo para injetar o medicamento. Aqueles que defendem o suicídio assistido argumentam que esta é uma maneira de não envolver os profissionais de saúde no ato da eutanásia, uma vez que é a própria pessoa quem toma a decisão e realiza as medidas necessárias para garantir sua morte. O auxílio que porventura necessite pode ser garantido por qualquer pessoa de seu círculo de relações afetivas ou sociais (DINIZ, 2006).

O suicídio assistido guarda um particular elemento, qual seja, a compaixão por parte do terceiro. É comum que o paciente que se encontre em estado terminal não possua condições mínimas de realizar os movimentos necessários para valer-se de seu direito subjetivo de pôr fim a sua vida, sendo necessária, após seu pedido, a atuação do terceiro.

Em que pese o caráter estritamente humanitário do terceiro, que a pedido do paciente terminal o auxilia a antecipar a sua morte, a legislação brasileira, no art. 122 do Código Penal[21], fecha os olhos para essa particularidade, tipificando aquele que auxilia o suicídio como criminoso, o penalizando com reclusão de dois a seis anos. Portanto, a legislação brasileira considera o médico ou o familiar que ajuda o paciente acometido por doença terminal que manifesta o desejo

antecipar a sua morte como instigador ao suicídio.

De forma oposta à eutanásia e ortotanásia, tem-se a distanásia, que objetiva o oposto à antecipação do fim da vida. Também conhecida como obstinação terapêutica, na distanásia ocorre o procedimento contrário à ortotanásia, qua seja, a adoção por parte do médico, de todos os meios terapêuticos disponíveis, ainda que desumanos, de forma incessante, com o objetivo exclusivo de prolongamento da vida do paciente. Busca-se tão somente a manutenção da vida do paciente terminal.

A distanásia não é considerada uma conduta ilícita, tendo em vista que muitas vezes se confunde com o dever de conferir cuidados por parte do médico. Todavia, dada a linha tênue entre o tipo de cuidado que será conferido e os resultados que poderão ser obtidos, pode-se chegar a esse processo condenável do ponto de vista ético e moral, dada a sua potencialidade em ferir a dignidade humana do paciente terminal.

Para Maria Helena Diniz[22], distanásia pode ser definida como "prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil". Ainda de acordo com a autora, o objetivo a se alcançar não é o de "prolongar a vida, mas sim o processo da morte".

Trata-se de uma prática médica excessiva e abusiva decorrente diretamente das possibilidades oferecidas pela tecnociência e como o fruto de uma teimosia de estender os efeitos desmedidamente, em respeito à condição da pessoa doente. A obstinação terapêutica surge como um ato profundamente anti-humano e atentatório à dignidade da pessoa e a seus direitos mais fundamentais[23].

Em tais situações em que os tratamentos se tornam um fim em si mesmos, o paciente está em risco de sofrer medidas desproporcionais, já que os interesses da tecnologia deixam de estar subordinados aos interesses do ser humano. Logo, a distanásia é expressão da obstinação terapêutica pelo tratamento e pela tecnologia, sem a devida atenção em relação ao ser humano (BORGES, 2007, p. 236).

Seguindo tal entendimento, Ronald Dworkin[24] expõe:

> Os médicos dispõem de um aparato tecnológico capaz de manter vivas – às vezes por semanas, em outros casos por anos – pessoas que já estão à beira da morte ou terrivelmente incapacitadas, entubadas, desfiguradas por operações experimentais, com dores ou no limiar da

> inconsciência de tão sedadas, ligadas a dúzias de aparelhos sem os quais perderiam a maior parte de suas funções vitais, exploradas por dezenas de médicos que não são capazes de reconhecer e para os quais já deixaram de ser pacientes para tornar-se verdadeiros campos de batalha. Situações desse tipo nos aterrorizam a todos. Também temos medo – alguns mais que outros – de viver como um vegetal inconsciente, mas escrupulosamente bem cuidados. Cada vez mais, nos damos conta da importância de tomar uma decisão com antecedência: queremos ou não ser tratados desse modo? (DWORKIN, 2003, p. 252).

É dizer, o dever do médico de buscar a cura do paciente é cláusula pétrea. Porém, a partir do momento em que o paciente encontra-se em estado terminal, o prolongamento artificial da vida, buscado a qualquer custo por parte do médico, deve respeitar única e exclusivamente a vontade do paciente.

2.3 DAS DIRETIVAS ANTECIPATIVAS DE VONTADE OU TESTAMENTOS VITAIS

A diretivas antecipativas de vontade, também conhecida como testamento vital, representam uma espécie do negócio jurídico do tipo testamento, sendo este último definido como negócio jurídico unilateral, personalíssimo e revogável, pelo qual o testador faz disposições de caráter patrimonial ou não, para depois de sua morte[25].

Especificamente à luz da antecipação do fim da vida, o testamento do tipo vital guarda uma particularidade especial. Diferentemente do testamento tido como clássico, no qual o outorgante dispõe sobre o seu pós-morte, no testamento vital o outorgante busca tão somente a produção de efeitos enquanto o mesmo encontra-se ainda vivo, razão pela qual poderá ser formalizado a qualquer momento, e da mesma forma modificado ou revogado.

No negócio jurídico em tela, o interessado, na plenitude de sua lucidez e autonomia, declara qual a diretriz de tratamento médico e hospitalar a ser observada quando o mesmo acometer-se de uma doença ou sofra

um acidente, e encontrar-se incapacitado de expressar sua vontade. Nele, o outorgante pode, por exemplo, recusar um tratamento que o mesmo considere agressivo e escolher qual o hospital deve ser escolhido para o seu tratamento. Ainda, pode ser formalizado em qualquer momento da vida

O testamento vital encontra fundamentação legal no artigo 15 do Código Civil Brasileir[26], o qual dispõe que ninguém poderá ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Ademais, o Conselho de Justiça Federal já proferiu enunciado[27] reconhecendo a validade dos testamentos vitais ou diretrizes antecipativas.

2.4 DO TRATAMENTO DA MATÉRIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL

A forma como o ordenamento jurídico lida com as matérias referentes ao direito à vida atesta de plano a alta carga valorativa que o legislador confere a tal direito. Não à toa, a todo crime que atente contra a integridade da vida do indivíduo, a punição estatal será mais severa. Cada país dá um tratamento diferente à prática da eutanásia, sendo certo que, na maioria dos países ocidentais, ela ainda é vista com receio, sendo poucas as legislações que contemplam sua disciplina. A primeira forma de se tratar a eutanásia é a penalização da sua prática, com efetiva persecução criminal para os praticantes do injusto penal, caso que se observa atualmente no Brasil.

Embora os procedimentos de antecipação do fim da vida em pacientes terminais não encontrem previsão legal no ordenamento jurídico brasileiro, os mesmos podem-ser considerados ilícitos a partir de uma interpretação análoga do Código Penal brasileiro.

A eutanásia é por analogia correspondida a homicídio privilegiado, previsto no artigo 121[28] do Código Penal brasileiro, com pena de seis a vinte anos de reclusão, podendo ter redução de um terço a um sexto, por ter sido cometido por relevante valor moral e social, quais sejam, piedade e compaixão do doente. Para o ordenamento jurídico brasileiro, o consentimento e a declaração de vontade por parte do paciente terminal é plenamente irrelevante, tendo em vista que não existiria qualquer excludente de autorização para que alguém ajude outrém a

pôr fim à vida.

Sobre o consentimento, importante destacar a lição de Maria Inês Nunes:

> a tomada de decisão nas questões referentes ao fim da vida pode ter como protagonista o sujeito em processo de morrer, seu representante legal, considerado substituto, ou o profissional da saúde. Nesse processo, no qual também importa o papel dos familiares, o ideal é que todos os atores possam estar em fecundo diálogo para que a decisão seja tomada da melhor maneira possível. A seguir, analisa-se brevemente cada um deles.

Importante destacar que o anteprojeto que visa reformar o Código Penal brasileiro, e que encontra-se em tramitação através do Projeto de Lei nº 236/2012[29], prevê, em seu artigo 122[30], o crime de eutanásia, o qual corresponde a matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave.

O dispositivo legal prevê ainda a possibilidade do julgador deixar de aplicar a pena a partir de análise do caso concreto, assim como a partir da relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima. Em seguida, o texto do dispositivo legal condena a distanásia e exclui ainda a ilicitude do procedimento da ortotanásia, ou seja, quando o agente, com consentimento do paciente, deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível.

O questionamento que surge de imediato é: o que leva o Estado a inserir em seu novo Código Penal, que não é objeto de reforma há mais 75 anos, um tipo penal que vai de encontro à supremacia do valor dignidade humana e à livre autonomia do paciente? Enquanto os principais ordenamentos jurídicos mundiais encontram-se discutindo cada vez mais a efetivação positiva do direito à antecipação do fim da vida, o legislador brasileiro, parece ir de encontro à evolução social de afirmação dos direitos humanos, propondo uma lei estritamente retrógrada.

Não está-se aqui falando da necessidade de liberação da eutanásia, e

sim, da disponibilização ao paciente terminal, valendo-se dos princípios supremos da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada, da faculdade de o mesmo, quando portador de uma doença atestada como terminal, poder decidir sobre o seu futuro e consequentemente seu fim.

Diante da inércia e desinteresse estatal bem como da necessidade de esclarecimento sobre possibilidades de antecipação do vim da vida, o Conselho Federal de Medicina através da Resolução 1.995/2012[31], conferiu aos profissionais médicos a garantia de realização do procedimento antecipatório do fim de vida do tipo ortotanásia, também denominado de cuidados paliativos. Trata-se de uma legislação que tem por objetivo informar ao médico os limites a serem observados para uma atuação pautada na ética profissional. Além disso, reconhece e legitima a validade das diretivas antecipadas de vontade, autorizando o profissional médico a respeitá-las.

De acordo com texto legal em questão, restou garantido ao médico a possibilidade de suspender procedimentos que visem prolongar a vida do paciente que se encontra em fase terminal de doenças consideradas graves e incuráveis. Da mesma forma, garante também a possibilidade do médico oferecer cuidados para aliviar o sofrimento do paciente, os cuidados paliativos, desde que observe-se o respeito à vontade do paciente ou de seu representante legal, em caso de o paciente não conseguir expressar a sua vontade.

Outra maneira de tratar o tema é sua prática ser tolerada, não obstante a conduta ser prevista como crime pelo ordenamento jurídico. Dada a confusão ou a dubiedade dos termos da lei que disciplina o assunto, o sujeito que pratica a eutanásia acaba se vendo livre de um processo criminal. Além disso, a própria sociedade, a despeito de saber que ela é praticada às escondidas, pouco faz para que o panorama seja modificado, como acontecia no Uruguai e na Colômbia, antes da disciplina do assunto (CARDOSO, 2008, p. 129).

Há também a alternativa de despenalização da eutanásia, caso este em que a prática sem mantém tipificada como crime, porém, permite-se excludentes penais, uma vez preenchidos os requisitos constantes em lei específica, na qual se encontram prescritas as circunstâncias e as condições para sua possibilidade, o sujeito ativo não responderá pela ocorrência de crime. É o que ocorre no Uruguai atualmente.

Por fim, é possível que a eutanásia seja legalizada. Desse modo, não

há lei vedando a conduta, mas, ainda assim, é preciso que determinados procedimentos sejam seguidos, a fim de que ela não seja considerada homicídio. É o que ocorreu recentemente na Colômbia, representando um verdadeiro marco das garantias humanas fundamentais na América Latina.

Todavia, em que pese haver exemplos ímpares, como a Colômbia e o Uruguai, a falta de interesse do Estado em assumir uma posição firme, seja legalizando ou proibindo, a antecipação do fim da vida em pacientes terminais ainda segue predominante, como se observa no Brasil. Por consequência, tem-se leis retrógradas, as quais necessitam ser subsumidas por analogia, provocando insegurança jurídica aos reais detentores do direito.

Como consequência, tem-se um sobrecarregamento do Judiciário brasileiro, o qual acaba necessitando de se pronunciar caso a caso, nas demandas propostas requerendo o reconhecimento de tal direito.

2.5 DO DIREITO COMPARADO: MODELOS COLOMBIANO E URUGUAIO

Enquanto no Brasil o tema ainda não foi objeto de regulamentação legal nem de efetiva manifestação social a seu favor, em países vizinhos, como a Colômbia e o Uruguai, e em diversos outros do mundo, tal direito encontra-se plenamente garantido, através de legislações especificas e objetivas.

Merece grande destaque a garantia conferida ao paciente terminal de ter uma morte digna na Colômbia, país em desenvolvimento que figura apenas como quarta economia da America do Sul. Desde 1997 a Corte constitucional colombiana reconheceu o direito do paciente terminal a antecipar sua morte, determinando que a legislação competente fosse elaborada. Porém, esta deu-se apenas 20 de abril de 2015, através de regulamentação[32] proferida pelo Ministério da Saúde colombiano com as diretrizes a serem observadas para o exercício do direito de morrer com dignidade.

Em que pese o grande lapso temporal entre o reconhecimento do direito à antecipação do fim da vida e a elaboração das ferramentas legais para a sua efetivação, a recente lei colombiana confere plenos poderes à autonomia do ser humano em decidir acerca de como

deverá ser seus últimos dias de vida acaso encontre-se acometido de uma doença considerada como terminal, não deixando margens para qualquer dúvida em relação ao exercício de tal direito.

O direito à realização da eutanásia encontra-se de plano legitimado na Colômbia, através da retromencionada recente lei. Trata-se de um processo formalizado e que exige uma série de ações a serem observadas tanto pelo paciente como pelo médico. Importante ressaltar que a legislação colombiana prevê a possibilidade do médico apresentar eventual objeção de consciência, caso não concorde com a realização do procedimento. O primeiro procedimento de eutanásia legal aconteceu em julho de 2015, quando um paciente de 79 anos de idade com cancer, em pleno uso de suas faculdades mentais e de forma livre e voluntário, manifestou sua vontade de realizar a eutanásia.

Encontra-se prevista também em sua nova legislação a impossibilidade de concretização de qualquer tratamento obrigatório, ou distanástico, garantindo a possibilidade dos pacientes terminais desistirem de maneira voluntária e antecipada dos tratamentos médicos desnecessários que não cumpram com os princípios de proporcionalidade terapêutica e que venham a ferir a dignidade do paciente.

No mesmo sentido, a lei colombiana garante ainda o direito à utilização de cuidados paliativos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes terminais como inclusive de suas famílias, através de um tratamento integral da dor e alívio do sofrimento e outros sintomas.

Trata-se de um grande marco de efetivação dos direitos do homem em um país que sofre com grandes problemas sociais, destacando-se a desigualdade de renda e a riqueza mal distribuída. Além disso, merece destaque também a vitória frente à forte resistência manifestada pela religião católica em relação à não aceitação do direito de antecipação do fim da vida, tendo em vista que o catolicismo predomina em cerca de 90% da população.

O exemplo colombiano deve ser considerado como exemplo pelos demais países da América do Sul e inclusive de outros continentes. Demonstra que um país que objetiva se desenvolver deve buscar sempre uma máxima eficácia dos direitos humanos. Não por coincidência, a Colômbia figura atualmente como grande promessa da América do Sul, o que evidencia que o desenvolvimento econômico deve caminhar sempre aliado ao desenvolvimento social.

Importante reconhecimento ao direito de antecipação do fim da vida em relação aos pacientes terminais também é observado no Uruguai, que por muitos especialistas, é considerado como o primeiro país do mundo a legislar sobre eutanásia, em 1934. Mais recentemente, em 2013, foi aprovada legislação regulamentando as diretivas antecipadas e como deve ser manifestada a vontade do paciente. Trata-se de uma legislação liberal e que confere amplas garantias à livre autonomia do paciente em estado terminal.

A prática da eutanásia encontra-se prevista no Código Penal uruguaio sob a denominação de homicídio piedoso, excluindo de punição quem realizou o procedimento, desde que tenha antecedentes honráveis, seja realizado por motivo piedoso e tenha a vítima feito reiteradas súplicas.

3 DA PRINCIPIOLOGIA CONSTITUCIONAL APLICADA AO FIM DA VIDA

3.1 DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Discussões acerca de formas de antecipar o fim da vida de pacientes que se encontram em quadro terminal irreversível, remontam a tempos pretéritos. Com a evolução social e sobretudo com a recente democratização constitucional observada no Brasil, tal discussão passa a ser de pouco em pouco acentuada, em razão do impulso valorativo do princípio da dignidade humana observado na grande maioria dos ordenamentos jurídicos mundiais.

Os limites de caráter ético e moral que devem direcionar o exercício do direito de antecipação do fim da vida dos pacientes terminais encontram como fundamento primordial a prevalência dos direitos humanos. Estes, por sua vez, são impulsionados pelo valor supremo da dignidade da pessoa humana, o qual, absorvido pela política, tornou-se um valor fundamental dos Estados democráticos em geral (BARROSO, 2010, p. 12).

A dignidade da pessoa humana tornou-se, nas últimas décadas, um dos grandes consensos éticos do mundo ocidental. Ela é mencionada em incontáveis documentos internacionais, em Constituições, leis e decisões judiciais. No plano abstrato, poucas ideias se equiparam a ela na capacidade de seduzir o espírito e ganhar adesão unânime. Tal

fato, todavia, não minimiza, as dificuldades na sua utilização como um instrumento relevante na interpretação jurídica, e ao contrário, vem a causar diversos embates teóricos.

Sobre a dignidade, merece destaque a lição de José Afonso da Silva[33] à luz da filosofia de Kant:

> Voltemos, assim, à filosofia de Kant, segundo a qual no reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade. Aquilo que tem um preço pode muito bem ser substituído por qualquer outra coisa equivalente. Daí a ideia de valor relativo, de valor condicionado, porque existe simplesmente como meio, o que se relaciona com as inclinações e necessidades geral do homem e tem um preço de mercado, enquanto aquilo que não é um valor relativo, e é superior a qualquer preço, é um valor interno e não admite substituto equivalente, é uma dignidade, é o que tem uma dignidade. Correlacionados assim os conceitos, vê-se que a dignidade é atributo intrínseco, da essência, da pessoa humana, único ser que compreende um valor interno, superior a qualquer preço, que não admite substituição equivalente, confundindo-se com a própria natureza do ser humano.

Ao longo do tempo, consolidou-se a convicção de que nos casos difíceis, para os quais não há resposta pré-pronta no direito posto, a construção da solução constitucionalmente adequada precisa recorrer a elementos extrajurídicos, como a filosofia moral e a filosofia política. E, dentre eles, avulta em importância a dignidade humana (BARROSO, 2010, p. 21).

Com frequência, ela funciona como um mero espelho, no qual cada um projeta sua própria imagem de dignidade. Não por acaso, pelo mundo afora, ela tem sido invocada pelos dois lados em disputa, em temas como interrupção da gestação, eutanásia, suicídio assistido, uniões homoafetivas, *hate speech*, negação do Holocausto, clonagem, engenharia genética, inseminação artificial post mortem, cirurgias de mudança de sexo, prostituição, descriminalização de drogas, abate de aviões sequestrados, proteção contra a auto-incriminação, pena de

morte, prisão perpétua, uso de detector de mentiras, greve de fome, exigibilidade de direitos sociais (BARROSO, 2010, p. 21).

A Carta Constitucional brasileira de 1988 conferiu à dignidade da pessoa humana o status de fundamento da República Federativa do Brasil, em seu artigo 3º, inciso III[34]. A partir de uma simples análise do texto constitucional brasileiro constata-se que a ordem jurídica democrática do país encontra-se consolidada e sustentada em torno da dignidade da pessoa humana.

É dizer, a dignidade da pessoa humana atinge na Constituição Federal um status superior a qualquer outra disposição legal. Nenhum outro direito elencado na Carta Constitucional tem sentido sem que seja de forma a garantir a dignidade do homem. José Afonso da Silva discorre que

> a dignidade da pessoa humana não é uma criação constitucional, pois ela é um desse conceitos *a priori*, um dado preexistente a toda experiência especulativa, tal como a própria pessoa humana. A Constituição, reconhecendo a sua existência e a sua eminência, transformou-a num valor supremo da ordem jurídica, quando a declara como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil constituída em Estado Democrático de Direito (SILVA, 1998, p. 3).

Portanto, a Carta Constitucional brasileira conferiu à dignidade da pessoa humana o status superior inclusive ao de princípio constitucional fundamental e geral inspirador da ordem jurídica. Constituição lhe dá mais do que isso, quando a põe como fundamento da República Federativa do Brasil constituída em Estado Democrático de Direito. Logo, se é fundamento é porque se constitui num valor supremo, num valor fundante da República, da Federação, do País, da Democracia e do Direito. Portanto, não é apenas um princípio da ordem jurídica, mas o é também da ordem política, social, econômica e cultural. Daí sua natureza de valor supremo, porque está na base de toda a vida nacional (SILVA, 1998, p. 4).

De acordo com Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, pela qual é

considerado merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade. A dignidade da pessoa humana se concretiza por meio de um conjunto de direitos e deveres fundamentais, que buscam assegurar as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, e assim propicia e promove a participação ativa nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com a sociedade em geral. Assevera ainda que na qualidade de princípio fundamental constitui valor guia não apenas para os direitos fundamentais, mas também para toda a ordem jurídica[35].

Sobre o tema, Luís Roberto Barroso ensina que

> a dignidade humana deve ser delineada com o máximo de neutralidade política possível, com elementos que possam ser compartilhados por liberais, conservadores ou socialistas. Por certo, é importante, em relação a múltiplas implicações da dignidade, a existência de um regime democrático. Por fim, o ideal é que esses conteúdos básicos da dignidade sejam universalizáveis, multiculturais, de modo a poderem ser compartilhados e desejados por toda a família humana. Aqui, será inevitável algum grau de ambição civilizatória, para reformar práticas e costumes de violência, opressão sexual e tirania. Conquistas a serem feitas, naturalmente, no plano das ideias e do espírito, com paciência e perseverança. Sem o envio de tropas (BARROSO, 2010, p. 21).

Muito embora a dignidade da pessoa humana, por sua carga valorativa, alcance amplas dimensões, sua objetivação também se faz necessária, com o objetivo de trazer certo grau de segurança e estabilidade jurídica. Ingo Wolfgang Sarlet propõe um conceito de dignidade no qual ela é: (a) vista como uma característica do ser humano, (b) que o faz merecedor do respeito e da consideração de todos os outros seres humanos e do Estado, (c) implicando em um complexo de direitos e deveres fundamentais que (d) assegure a pessoa contra qualquer ato degradante e desumano, (e) a fim de proporcionar condições mínimas de existência para garantir uma vida saudável, (f) além de promover a participação ativa e responsável nos destinos da existência e da vida em

comunhão com os demais (SARLET, 2009, p. 223).

Por conseguinte, resta evidenciado que o conceito de dignidade não é, como desejam alguns, algo puramente retórico, no qual caberiam quaisquer interpretações, pois, ainda que se paute na melhor resposta possível ou na única resposta correta, sempre haverá o repúdio ao arbítrio hermenêutico. A dignidade é uma ideia vinculada a uma comunidade constitucional, contrária a qualquer tipo de reducionismo em sua compreensão (CARDOSO, 2008, p. 175).

José Afonso da Silva propõe uma necessidade de objetivação prática da dignidade da pessoa a dignidade da pessoa humana, como forma de obter-se efeitos concretos:

> como fundamento do Estado Democrático de Direito, reclama condições mínimas de existência, existência digna conforme os ditames da justiça social como fim da ordem econômica. É de lembrar que constitui um desrespeito à dignidade da pessoa humana um sistema de profundas desigualdades, uma ordem econômica em que inumeráveis homens e mulheres são torturados pela fome, inúmeras crianças vivem na inanição, a ponto de milhares delas morrerem em tenra idade. Não é concebível uma vida com dignidade entre a fome, a miséria e a incultura, pois, a liberdade humana com frequência se debilita quando o homem cai na extrema necessidade, pois, a igualdade e dignidade da pessoa exigem que se chegue a uma situação social mais humana e mais justa. Resulta escandaloso o fato das excessivas desigualdades econômicas e sociais que se dão entre os membros ou os povos de uma mesma família humana. São contrários à justiça social, à equidade, à dignidade da pessoa humana e à paz social e internacional (SILVA, 2009, p. 305).

Feitas tais considerações elucidativas, necessário se faz trazer a análise da dignidade da pessoa humana à luz do direito à antecipação do fim da vida. Conforme visto, a dignidade humana pode e deve superar a própria vida, atingindo, portanto, a esfera da morte. A partir

do momento em que não se pode mais viver com dignidade, cada ser humano tem direito a uma morte digna, concluindo sua vida da forma menos dolorosa e mais íntegra possível, perto de quem se ama e da forma como se pretende.

Um exercício interpretativo dos procedimentos antecipativos da vida em pacientes terminal de forma sistemática em relação à Constituição, deixa evidente que tais procedimentos, quando objetivando por fim a um sofrimento, caminham lado a lado com o valor dignidade humana. É portanto, através dos procedimentos de antecipação do fim da vida, que efetiva-se a plenitude da dignidade do ser humano. Trata-se inclusive, de uma das últimas, se não a última oportunidade de afirmação de dignidade, optando pela antecipação da morte diante de um estágio de sofrimento terminal.

3.2 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DA LIBERDADE E DA AUTONOMIA PRIVADA

Diante do caráter terminal de uma enfermidade irreversível e incurável que causa sofrimento ao paciente, a antecipação da morte é vista muitas vezes como o seu último desejo. Todavia, muito embora o ser humano seja livre, a sociedade moderna, pautada em razões éticas, morais e religiosas, além do já comentado excessivo biopoder exercido pelo Estado, retira a liberdade e autonomia do indivíduo quanto ao exercício o livre-arbítrio no que concerne à antecipação do fim da vida.

Surge de imediato o questionamento: se a liberdade e a autonomia guiaram durante toda vida o paciente que chegou estágio terminal da doença, porque não permanecem guiando quando a morte se aproxima? Certamente não deve haver distinção quanto à liberdade de tomada de decisões do homem seja no início, meio ou fim da vida. Para a melhor compreensão, necessário se faz elucidar os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada do indivíduo.

A liberdade encontra-se esculpida na Constituição como um direito fundamental e, assim como a vida, a igualdade, a segurança e a propriedade, deve ser garantida a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país, conforme prevê o seu artigo 5º[36].

José Afonso da Silva expõe que

> O conceito de liberdade humana deve ser expresso no sentido de um poder de atuação do homem em busca de sua realização pessoal, de sua felicidade. É boa, sob esse aspecto, a definição de Rivero: "a liberdade é um poder de autodeterminação em virtude do qual o homem escolhe por si mesmo seu comportamento pessoal". Vamos um pouco além, e propomos o conceito seguinte: liberdade consiste na possibilidade de coordenação consciente dos meios necessários à realização da felicidade pessoal (SILVA, 2009, p. 305).

A autonomia decorre do exercício da liberdade. A palavra autonomia encontra-se mais fortemente vinculada à ideia de liberdade positiva, mas não deixa de ter relação com a concepção negativa de liberdade. A liberdade positiva é compreendida como a situação na qual um indivíduo tem a possibilidade de orientar sua vontade para um objetivo, de tomar decisões, não sofrendo interferência da vontade de outros. Seria a liberdade de ação independentemente de causa opositiva. Por sua vez a liberdade negativa presume necessariamente a ausência de impedimento, em outras palavras, a possibilidade de fazer, mas também supõe a possibilidade de não fazer ante a ausência de constrição[37]. Logo, a liberdade de ação neste caso está vinculada à inexistência de obstáculo, caso este existisse, haveria a possibilidade não se praticar tal liberdade.

Logo, tem-se definido que o princípio da autonomia da vontade tem como pressuposto a liberdade dos indivíduos consubstanciadas numa vontade de agir, vontade esta que pode ser objeto de questionamento e interferência no consciente do indivíduo. Para que a autonomia possa ser garantida, é o indivíduo que deve ser o ator principal, ao escolher de que forma tomará suas decisões, valendo-se de seus interesses. É a capacidade do indivíduo tomar as suas próprias decisões e fazer as suas próprias escolhas pautadas na sua própria racionalidade.

Ronald Dworkin assevera que a autonomia pressupõe uma capacidade de agir com base em preferências genuínas, na percepção da natureza das coisas, nas convicções pessoais ou no sentido da própria identidade. Afirma também que as pessoas que acreditam que se deveria permitir que os pacientes competentes planejassem sua própria morte, com o auxílio de médicos dispostos a auxiliá-los, se assim quisessem, buscam

como fundamento o princípio da autonomia (DWORKIN, 2003, p. 59).

Roberto Barroso ensina que a autonomia da vontade é um elemento ético da dignidade humana, deve ser associado à capacidade de autodeterminação do indivíduo, ou seja, ao seu direito de fazer escolhas existenciais básicas. Inscrita na autonomia está a capacidade de fazer valorações morais e de cada um pautar sua conduta por normas que possam ser universalizadas. A autonomia tem uma dimensão privada, subjacente aos direitos e liberdades individuais, e uma dimensão pública, sobre a qual se apoiam os direitos políticos, isto é, o direito de participar do processo eleitoral e do debate público. Condição do exercício adequado da autonomia pública e privada é o mínimo existencial, isto é, a satisfação das necessidades vitais básicas (BARROSO, 2010, p. 38).

Não cabe ao Estado, a qualquer seita religiosa ou instituição comunitária, à coletividade ou mesmo à Carta Constitucional estabelecer os fins que cada pessoa humana deve perseguir, os valores e crenças que deve professar, o modo como deve orientar sua vida, os caminhos particulares que deve trilhar. Compete a cada homem ou mulher determinar os rumos de sua existência, de acordo com suas preferências subjetivas e mundividências, respeitando as escolhas feitas por seus semelhantes[38].

Assim, no plano da existência, o respeito à autonomia da pessoa se expressa pela manifestação da vontade direcionada diante de uma situação que seja bem compreendida por aquele que toma a decisão. Nos cuidados em saúde, o respeito à autonomia é formalizado mediante instrumentos como o consentimento informado e pelas diretivas antecipadas da vontade, ao passo que nas pesquisas torna-se essencial o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando se trata de menores ou de incapazes, deve-se buscar seu consentimento, de acordo com sua capacidade de compreensão[39].

Maria Inês Nunes conclui que a pedra angular da livre tomada de decisão deve ser o respeito à autonomia do sujeito. No âmbito do cuidado à saúde, isso significa que os adultos competentes têm o direito de aceitar – ou recusar – procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Tais aspectos devem ser igualmente levados em conta na integração do papel da família ao processo decisório (NUNES, 2014).

Por desdobramento do valor supremo da dignidade humana e dos princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada,

tem-se ainda a proibição à submissão a tratamento desumano ou degradante[40], inserido na Constituição Federal brasileira como direito fundamental. Trata-se de uma proibição a condutas que impliquem a instrumentalização do ser humano, e que venham a submetê-lo a uma situação indesejada.

O direito de morrer dignamente é uma reivindicação fundamentada pelos princípios constitucionais inseridos na Carta Magna do país. Refere-se ao desejo de se ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia por parte de um tratamento inútil. Isso não se confunde com o direito de morrer pura e simplesmente. Não se trata de defender qualquer procedimento que cause a morte do paciente, mas de reconhecer a sua liberdade e sua autodeterminação (BORGES, 2007, p. 232).

Nesse sentido:

> A autonomia em medicina, mais concretamente na ética médica e bioética, expressa o direito do paciente em definir o que seja ou não uma necessidade de saúde. Gracia esclarece que essa não é a autonomia kantiana, formal ou canônica, mas sim autonomia num sentido mais distinto, claramente deontológico. Em bioética, o que se entende por autonomia é a expressão de um direito. Desta forma, devemos aceitar que o usuário é quem hoje define, e certamente quem definirá no futuro, qual é a sua necessidade de saúde. Isso pode levar a todo tipo de arbitrariedade mediante a solicitação, pelo paciente, de coisas pouco racionais, que tenderão a trazer-lhe frustração e a também desanimar o profissional de saúde (NUNES, 2014).

Diante do exposto e à luz da temática e objeto do presente trabalho, evidencia-se que o direito à morte antecipada para garantir a dignidade humana encontra pleno respaldo dos princípios constitucionais da liberdade, autonomia privada e proibição de submissão a tratamento degradante. O respeito à autonomia do doente terminal não pode ser deixado às escuras, como assim faz o ordenamento jurídico brasileiro, impedindo o exercício da autonomia para decidir sobre o futuro da vida. O pleno exercício da autonomia privada do paciente terminal representa

o respeito ao fundamento dignidade humana, base estrutural do Estado Democrático de Direito consagrado pela Constituição brasileira.

4 CONCLUSÃO

O presente artigo buscou analisar o exercício das políticas públicas de saúde por parte do Estado com o objetivo de compreender os motivos que levam à falta de interesse estatal em legislar acerca de certas políticas públicas de saúde, sobretudo em relação à antecipação do fim da vida em pacientes acometidos de doença terminal irreversível.

A partir de uma análise da teoria biopolítica de Michael Foucault restou evidenciado que tal falta de interesse na matéria representa um reflexo do exercício excessivo do biopoder estatal, fazendo com que o direito de ter uma morte digna não possa ser exercido pelo paciente terminal. Viu-se ainda, que tal falta de interesse se encontra fortemente influenciada também pela influência religiosa no Estado, muito embora esse seja previsto constitucionalmente como laico.

A incoerência em relação à impossibilidade de exercício do direito à antecipação do fim da vida em pacientes terminais traz prejuízos consideráveis tão somente aos detentores de tais direitos, que acabam sendo obrigados a postergar a vida mesmo que diante de um quadro irreversível de doença incurável, mesmo que suplicando para que a morte seja antecipada.

Uma interpretação sistemática da Constituição, considerando-se o grau supremo e fundamentador da dignidade humana e os princípios da liberdade, somados à autonomia de vontade e à proibição de sujeição a tratamento degradante, faz concluir que o espírito da Constituição Federal não objetiva obrigar o paciente a viver contra a sua vontade, conferindo-lhe o direito subjetivo a uma morte de forma digna. Logo, o direito à prática antecipativa de morte encontra pleno amparo principiológico constitucional após análise adequada.

Resta notório, portanto, que o ordenamento jurídico brasileiro em relação ao direito de o paciente terminal ter uma morte digna se encaminha em direção contrária à evolução social dos direitos humanos, ao passo em que o Estado, exercendo seu excessivo biopoder e sob forte influência religiosa, obriga o paciente terminal a sofrer até que a morte o acometa. Trata-se, portanto, de um agir público através de uma política

de saúde manifestamente contrária à dignidade humana do paciente em fim de vida.

A decisão acerca da antecipação do fim da vida diz respeito tão somente à esfera individual e particularíssima do paciente terminal. No momento em que o Estado retira o direito do indivíduo de antecipar sua morte diante de um quadro de sofrimento, cria-se uma relação de obrigatoriedade de sofrimento. A antecipação do fim da vida traria apenas consequências diretas ao próprio paciente terminal, titular do direito personalíssimo à vida digna, e indiretas aos seus familiares e próximos. Não há portanto, porque o Estado assumir uma posição não laica e impossibilitar uma tomada de decisão valendo-se de fundamentos valorativos morais e religiosos.

A matéria em questão, apesar de encontrar-se cercada de tabus, deve entrar na agenda de discussões sociais, através de um diálogo entre o Estado e a sociedade. Não basta ao Estado garantir a dignidade do ser humano enquanto o mesmo encontrar-se em plenas condições de vida, sob pena de limitação do princípio da dignidade humana. Afinal, não há distinção entre a dignidade humana em vida ou em morte. A dignidade humana não tem prazo de validade nem campo de incidência.

Da mesma forma deve-se garantir a liberdade e autonomia do paciente em todos os momentos da sua vida, até mesmo no estágio terminal. Não há razão jurídica, ética ou moral que justifique a privação da liberdade do indivíduo em decidir a favor do alívio, durante a luta contra a doença terminal.

Urge, portanto, promover a efetivação da dignidade do paciente terminal de forma a respeitar o pouco que resta de sua vida, afinal, a morte antecipada põe fim à vida, mas por outro lado, eterniza a dignidade do indivíduo. Manter a obrigação da vida em detrimento da liberdade e dignidade do indivíduo é ferir de morte todo o sistema humanitário conquistado pelas civilizações até então. Não há escapatória para o Estado.

___

THE CONSTITUTIONAL RIGHT TO THE END OF THE LIFE IN A WORTHY WAY: AN ANALYSIS STARTING FROM THE BIOPOWER

ABSTRACT: The present article approaches the process of anticipation

of the end of the life in patients attacked by terminal disease starting from an optics of the exercise of the biopower of the State, according to Michael Foucault, that proíbe the individual of exercising the autonomy about his life, restricted his/her freedom and influencing the public politics of health. Despite the right to early death to ensure the dignity of the individual is not expressly prohibited by law, in practice this right is not granted to the individual, causing legal uncertainty. From a systematic analysis of the Brazilian Constitutional Charter in the light of the constitutional foundation of human dignity, greater foundation of the Constitution, it appears that there is no legal basis for the State to prevent the terminally ill patient to make a decision about the time that will give your end of life, even though it is forbidden.

KEYWORDS: Anticipation of the end of the life. Biopower. Dignity of the Human Person. Freedom.

Notas

1 FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: Curso no Collège de France (1975-1976), (tradução de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000.
2 Os conceitos foucaultianos de biopolítica e biopoder surgiram como o ponto terminal de sua genealogia dos micro-poderes disciplinares, iniciada nos anos 70. Ao mesmo tempo em que eram depositários de um conjunto de análises e conceituações previamente estabelecidos, tais conceitos também inauguraram deslocamentos em relação àquilo que o autor havia pensado anteriormente, em obras como A Verdade e as Formas Jurídicas e Vigiar e Punir. Como se sabe, o ponto de partida da genealogia foucaultiana foi a descoberta dos micro-poderes disciplinares que visavam a administração do corpo individual, surgidos durante o século 17 em consonância com a gradativa formação de todo um conjunto de instituições sociais como o exército, a escola, o hospital, a fábrica etc. Foucault chegaria aos conceitos de biopoder e biopolítica ao vislumbrar o aparecimento, ao longo do século 18 e, sobretudo, na virada para o século 19, de um poder disciplinador e normalizador que já não se exercia sobre os corpos individualizados nem se encontrava disseminado no tecido institucional da sociedade, mas se concentrava na figura do Estado e se exercia a título de política estatal que pretendia administrar a vida e o corpo da população. Evidentemente, esta descoberta pressupunha combinar as análises desenvolvidas em Vigiar e Punir, definidas como uma "anátomo-política do corpo", com o que Foucault agora denominava, no volume I da História da Sexualidade, como a "biopolítica das populações". Se não há contradição entre poder disciplinar e biopoder, os quais têm nos processos de normalização sua base comum, não se pode deixar de notar que a introdução da biopolítica impôs uma mutação no curso das pesquisas genealógicas de Foucault (DUARTE, A. "Modernidade, biopolítica e disseminação da violência: a crítica arendtiana ao presente" in DUARTE, A.; LOPREATTO, C.; BREPOHL, M., (orgs.) A banalização da violência: a atualidade do pensamento de Hannah Arendt. Rio de Janeiro, Relume- Dumará, 2004)
3 ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Editora graal, 1980.
4 Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus

determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (policy). (...) enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, nº 40: 73-78, 2006).

5 GIOVANELLA L.; ESCOREL S.; LOBATO, LVC ; NORONHA JC., CARVALHO AI; *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

6 Considera-se o ano de 2013 como representativo da primeira vez a qual a eutanásia no Brasil entrou na pauta da imprensa. A médica Virgínia Helena de Souza, que chefiava a UTI do Hospital Evangélico de Curitiba, foi acusada de praticar esse crime com diversos pacientes. Segundo a acusação, Souza reduzia o nível de oxigênio dos aparelhos respiradores e aplicava anestésicos para provocar a morte dos pacientes. A Polícia Científica do Paraná afirmou que entre 2006 e 2013, mais de 300 pacientes da UTI morreram no mesmo dia em que receberam medicações da médica. Além dela, outros sete profissionais foram acusados de envolvimento nos crimes. Naquele ano, Souza ficou 29 dias detida. Hoje, responde ao processo em liberdade. Seu advogado, Elias Mattar Assad diz que ela "praticou atos tipicamente de medicina intensiva". "Ela me disse que tudo o que ela fez tem respaldo na literatura médica", disse o advogado. "Ela não violou nenhuma regra de medicina intensiva". De acordo com o advogado, a denúncia ocorreu de "pessoas que estavam inconformadas com a morte do paciente". Desde aquele ano o processo tramita na Justiça. Se for provada a acusação da médica, ela será julgada por um júri popular. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2015/05/07/politica/1431030917_335982.html.

7 GODOY, Rodrigo Gualano; DIAS, Rebeca Fernandes. Paradoxos do direito de viver e de morrer. *Revista da Faculdade de Direito da UFPR*. v. 44, n.o 0, 2006. p. 109-124. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/view/9418/6510>. Acesso em 22 set. 2015.

8 GRACIA, Diego. *Pensar a bioética*: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

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

10 DINIZ, Debora. *Quando a morte é um ato de cuidado*: obstinação terapêutica em crianças. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1741-1748, Ago. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800023&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 de nov. De 2015.

11 FRANÇA, Genival Veloso. *Eutanásia*: Um Enfoque Ético-político. Bioética [do Conselho Federal de Medicina]. Brasilia: I Conselho Federal , n.o 01,Vol. 7 , 1999.

12 MARTÍNEZ, SU. *Eutanasia*: concepto y contexto. In: Eutanasia hoy: un debate abierto. Madri: Noesis, 1996

13 GUTIERREZ, Pilar L.. *O que é o paciente terminal*?. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2001, vol.47, n.2, pp. 92-92. ISSN 1806-9282.

14 O termo foi proposto por Francis Bacon, em 1623, em sua obra "Historia vitae et mortis", como sendo o "tratamento adequado as doenças incuráveis" (GOLDIN. José Roberto. Eutanásia. UFRGS. Rio Grande do Sul. 1998. Disponível em http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm. Acesso em 19.09.2015.)

15 O termo boa morte tem duas origens. Uma proveniente de eu, thánatos (eu: boa; thánatos: morte), de onde se origina a palavra eutanásia, significando, em seus primórdios, a morte suave, indolor, rápida, o morrer bem – atualmente entendida como a morte desejada e sustentada temporalmente por seu solicitante, fundamentada em decisão autônoma. A outra origem do termo provém de kalós, thánatos (kalós: boa, bela; thánatos: morte), significando a morte bela,

nobre e exemplar. Esse poder de enfrentamento da morte, de morrer nobremente – de kalós thanein –, situa-se entre as categorias do belo e do heroico e, de fato, as categorias da beleza e do heroísmo são construções a partir da aisthesis, a qual indica, ao mesmo tempo, a sensibilidade e a sensação que, por sua vez, se referem tanto ao conhecimento sensorial de um objeto (ou percepção) como ao conhecimento sensorial de uma de suas qualidades 19. Mas a boa morte da eutanásia também não está separada da aisthesis. Pode-se dizer que há uma relação complexa entre a eutanásia – com sua dimensão espiritual presente na palavra grega eu – e a kalotanásia, vez que ambas são produto da aisthesis, a qual se refere tanto a um fenômeno corporal quanto simbólico (FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. Rev. Bioét., Brasília , v. 21, n. 3, p. 397-404, Dec. 2013 . Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983804220130003000003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 Nov. 2015)

16 CARNEVALLI, Eduardo Castillo. *Diez Años de Eutanásia em Holanda*: uma valoración moral. Thesis ad Doctoratum in Sacra Theologia Totaliter Edita. Pontificia Universitas Sanct AE Crucis. Facultas Theologiae. Roma, 2003.

17 VIEIRA, Tereza Rodrigues. *Bioética e direito*. 2. ed. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003.

18 CARDOSO, Juraciara Vieira. *Ortotanásia*: o tempo certo da morte digna, uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

19 Disponível em: http://www.who.int/cancer/palliative/es. Acesso em 17 de novembro de 2015.

20 Na impossibilidade de tomada de decisão plena por parte do sujeito – no caso, por exemplo, de um doente em coma –, é possível lançar mão das diretivas antecipadas de vontade, instrumento que garante o direito da pessoa de decidir antecipadamente sobre os cuidados em saúde que poderá receber no futuro, indicando negativamente ou positivamente o que deseja para si. Trata-se da expressão da sua vontade, indicada por antecipação, que se fundamenta no princípio de respeito à autonomia (NUNES, 2009).

21 Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio. Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave. Parágrafo único - A pena é duplicada: Aumento de pena I - se o crime é praticado por motivo egoístico; II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

22 DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva, 2001.

23 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. *Biodireito*: Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. Cap. 12, p. 283-305.

24 DWORKIN, Ronald. *Domínio da Vida*: Aborto, eutanásia e liberdades individuais. Trad. CAMARGO, Jefferson Luiz. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

25 TARTUCE. Flávio; SIMÃO José Fernando. *Direito Civil* – Direito das Sucessões. 5. ed. São Paulo: Método, 2012, vol.6.

26 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em 17 de novembro de 2015.

27 Conselho de Justiça Federal, V Jornada de Direito Civil enunciado nº 527: é válida a declaração de vontade, expressa em documento autêntico, também chamado testamento vital em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade

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

29 Disponível em: http://www.senado.leg.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=111516&tp=1. Acesso em 17 de novembro de 2015.
30 Art. 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave: Pena – prisão, de dois a quatro anos. § 1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima. Exclusão de ilicitude § 2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.
31 Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em 17 de novembro de 2015.
32 República da Colômbia. Ministério da Saúde e Proteção Social. Resolução nº 1216 de 2015. Disponível em: http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia_resolucion-1216-de-2015.pdf
33 SILVA, José Afonso da. A dignidade da pessoa humana com valor supremo da democracia. *Revista de direito administrativo*, 1998, vol. 212, p. 89-94.
34 Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (…) III - a dignidade da pessoa humana; (…)
35 SARLET. Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.
36 Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (…).
37 DIAS, Roberto. *O direito fundamental à morte digna*: uma visão constitucional da eutanásia. Op. cit., p. 132-133.
38 SARMENTO, Daniel. *Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada*. B. Cient. ESMPU, a. 4 - n.14, p. 167-217. Brasília. 2005
39 LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev. Bioética*, Brasília , v. 23, n. 1, p. 31-39, Apr. 2015.
40 Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (…) III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.

REFERÊNCIAS

ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.1984.

BARROSO, Luís Roberto. *A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo*: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010

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. Biodireito: Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: *Revista dos Tribunais*, 2001. Cap. 12, p. 283-305.
BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao .htm. 1988.
BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro, 1940.
CARDOSO, Juraciara Vieira. *Ortotanásia*: o tempo certo da morte digna, uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
CARNEVALLI, Eduardo Castillo. *Diez Años de Eutanásia em Holanda*: uma valoración moral. Thesis ad Doctoratum in Sacra Theologia Totaliter Edita. Pontificia Universitas Sanct AE Crucis. Facultas Theologiae. Roma, 2003.
DIAS, Rebeca Fernandes. *Eutanásia*: a autonomia do sujeito no contexto biopolítico. Monografia. Graduação em Direito Universidade Federal do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004.
DIAS, Roberto. *O direito fundamental à morte digna*: uma visão constitucional da eutanásia. Op. cit., p. 132-133.
DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva, 2001).
DUARTE, A. "Modernidade, biopolítica e disseminação da violência: a crítica arendtiana ao presente" in DUARTE, A.; LOPREATTO, C.; BREPOHL, M., (orgs.) *A banalização da violência*: a atualidade do pensamento de Hannah Arendt. Rio de Janeiro, Relume- Dumará, 2004.
DWORKIN, Ronald. *Domínio da Vida*: Aborto, eutanásia e liberdades individuais. Trad. CAMARGO, Jefferson Luiz. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
EL PAIS. *Eutanásia pode virar crime no Brasil, com pena de quatro anos de prisão*. 2015. Disponível em : http://brasil.elpais.com/brasil/2015/05/07/politica/1431030917_335982.html. Acesso em 10 de novembro de 2015.
FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: Curso no Collège de France (1975-1976), (tradução de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 397-404, 2013 . Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422013000300003&lng=en&nrm=iso>. Accesso em Nov. 2015

FRANÇA, Genival Veloso. *Eutanásia*:Um Enfoque Ético-político. Bioética [do Conselho Federal de Medicina]. Brasilia: I Conselho Federal , n.o 01,Vol. 7 , 1999.

GODOY, Rodrigo Gualano; DIAS, Rebeca Fernandes. Paradoxos do direito de viver e de morrer. *Revista da Faculdade de Direito da UFPR*. v. 44, n.o 0, 2006. p. 109-124. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/view/9418/6510>. Acesso em 22 set. 2015.

GOLDIN. José Roberto. *Eutanásia*. UFRGS. Rio Grande do Sul. 1998. Disponível em http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm. Acesso em 19 set. 2015.

GUTIERREZ, Pilar L.. O que é o paciente terminal?. *Rev. Assoc. Med. Bras*. [online]. 2001, vol.47, n.2, pp. 92-92. ISSN 1806-9282.

GRACIA, Diego. *Pensar a bioética*: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

JUNGES, José Roque. *Bioética*: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2003.

LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev. Bioét.*, Brasília , v. 23, n. 1, p. 31-39, Apr. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000100031&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 Nov. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231043.

MARTÍNEZ, SU. Eutanasia: concepto y contexto. In: *Eutanasia hoy*: un debate abierto. Madri: Noesis, 1996

NASCIMENTO, Marisangela. Soberania, Poder e Biopolítica: Arendt, Foucault e Negri. *Revista de Filosofia*, Amargosa, Bahia – Brasil, v.6, n.2, dezembro de 2012. Disponível em: http://www2.ufrb.edu.br/griot/images/vol6-n2/11-SOBERANIA_PODER_E_BIOPOLITICA_ARENDT_FOUCAULT_E_NEGRI_SOBERANIA-Mariangela_Nascimento.pdf. Acesso em 16 de novembro de 2015.

NUNES, Maria Inês. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios,

obstáculos e limites. *Rev. Bioética*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-251, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 Nov. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222005.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, nº 40: 73-78, 2006

GIOVANELLA L.; ESCOREL S.; LOBATO, LVC; NORONHA JC., CARVALHO AI. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Editora graal, 1980.

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

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009

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

SILVA, José Afonso da. A dignidade da pessoa humana com valor supremo da democracia. *Revista de direito administrativo*, 1998, vol. 212, p. 89-94.

_____. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

TARTUCE. Flávio; SIMÃO José Fernando. *Direito Civil* – Direito das Sucessões. 5. ed. São Paulo: Método, 2012, vol.6.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. *Bioética e direito*. 2. ed. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003.