XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II

ELOY PEREIRA LEMOS JUNIOR

JONATHAN CARDOSO RÉGIS

DIOGO DE ALMEIDA VIANA DOS SANTOS

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597

Direitos e garantias fundamentais II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Diogo De Almeida Viana Dos Santos; Eloy Pereira Lemos Junior; Jonathan Cardoso Régis.

– Florianópolis: CONPEDI, 2022.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-624-6
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constitucionalismo, Desenvolvimento, Sustentabilidade e Smart Cities

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos. 3. Garantias fundamentais. XXIX Congresso Nacional do CONPEDI Balneário Camboriu - SC (3: 2022: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II

Apresentação

Advindos de estudos aprovados para o XXIX Congresso Nacional do Conpedi Balneário Camboriú - SC, realizado entre os dias 07, 08 e 09 de dezembro de 2022, apresentamos à comunidade jurídica a presente obra voltada ao debate de temas contemporâneos, cujo encontro teve como tema principal "Constitucionalismo, Desenvolvimento, Sustentabilidade e Smart Cities".

Na coordenação das apresentações do Grupo de Trabalho "Direitos e Garantias Fundamentais II" pudemos testemunhar relevante espaço voltado à disseminação do conhecimento produzido por pesquisadores das mais diversas regiões do Brasil, vinculados aos Programas de Mestrado e Doutorado em Direito. Os estudos, que compõem esta obra, reafirmam a necessidade do compartilhamento das pesquisas direcionadas aos direitos e garantias fundamentais, como também se traduzem em consolidação dos esforços para o aprimoramento da área e da própria Justiça.

Nossas saudações aos autores e ao CONPEDI pelo importante espaço franqueado a reflexão de qualidade voltada ao contínuo aprimoramento da cultura jurídica nacional.

Diogo De Almeida Viana Dos Santos

Universidade Estadual do Maranhão - UFMA, e Universidade UNICEUMA

Eloy Pereira Lemos Junior

Universidade de Itaúna - MG

Jonathan Cardoso Régis

Universidade do Vale do Itajaí - Univali

O DIREITO À VIDA E MORTE DIGNAS - PANDEMIA COVID-19

THE RIGHT TO LIVE AND DIE WITH DIGNITY (COVID-19 PANDEMIC)

Larissa Beschizza Cione
Eliana Franco Neme
Roberta Cristina Paganini Toledo

Resumo

O direito à vida deve ser qualificado como direito à vida digna. Da mesma maneira, o direito à vida digna pressupõe o direito à uma morte digna. Caso uma pessoa humana não queria mais exercer seu direito fundamental à vida porque a considera sem dignidade, deve o ordenamento jurídico ter meios para acatar a supremacia da autonomia da vontade individual, em observância ao princípio da liberdade. Nesse caso, discute-se a legitimidade da eutanásia, ortosanásia, distanásia e mistanásia, em especial, a validade pelas suas escolhas e alcance da execução de cada uma delas junto à um enfermo. Essas discussões, que há muito são sensíveis, ganharam destaque no cenário da Pandemia COVID-19. O trabalho busca, então, definir cada uma dessas situações, o comportamento dos envolvidos – doente, profissionais da saúde e familiares – e algumas questões jurídicas, no intuito de demonstrar a importância do tema e fomentar uma melhor regulamentação, uma vez conhecido que as práticas vedadas são realizadas de maneira clandestina.

Palavras-chave: Direito à vida, Morte, Dignidade, Eutanásia, Pandemia covid-19

Abstract/Resumen/Résumé

The right to life must be qualified as the right to live with dignity. In the same way, the right to a dignified life presupposes the right to a dignified death. If a human person no longer wanted to have the fundamental right to live because considered it without dignity, the legal system must have the way to accept the individual autonomy of the will, in compliance with the principle of freedom. In this case, the legitimacy of euthanasia, orthonasia, dysthanasia and misthanasia must be discussed, in particular, the validity of their choices and the scope of execution to each one towards a sick person. These discussions, which have been sensitive for a long time, have gained prominence in the context of the COVID-19 Pandemic. The paper seeks to define each of these situations, the behavior of those involved - patient, health professionals and family members - and some legal issues, in order to demonstrate the importance of the theme and promote better regulation, once it is known that the practices prohibited are carried out clandestinely.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to live, Death, Dignity, Euthanasia, Covid-19 pandemic

1. INTRODUÇÃO

O direito à vida, sabidamente, é o mais basilar dos direitos do ser humano, eis que somente após a sua garantia titularizam-se todos os outros direitos. Na natureza, o direito à vida sempre foi responsável por aguçar os instintos mais primitivos do homem. Contudo, a vida em sociedade organizada na forma do Estado de direito traz diversos questionamentos sobre a tutela da vida no âmbito filosófico, religioso e moral. Mas é na área jurídica que surgem consequências práticas sobre esse direito.

A tutela da vida humana pressupõe proteção pelo Estado, tanto para afastar intervenções ilegais por parte de terceiros que possam ofender a vida do ser humano, quanto para a promoção de uma vida digna, por meio de políticas públicas (aspecto positivo da tutela ao direito à vida). Do mesmo modo, inerente ao direito à vida está o direito de não ser morto, como por exemplo, através da eutanásia ou do homicídio (aspecto negativo da tutela ao direito à vida).

Quando se fala em tutela ao direito à vida, certo é que se busca a vida **digna**[1], pois, viver sem dignidade corresponde a sobreviver. A vida deve ser usufruída respeitados os valores imateriais (morais) inerentes à cada ser humano, devendo ser considerada a autonomia e autodeterminação de cada pessoa. Em tese, não deve o Estado se imiscuir nessas decisões, em dirigismo apontado às questões existenciais.

Indaga-se, como fato inicial, qual o momento do surgimento da autonomia e da autodeterminação da pessoa humana. E, em continuidade, enquanto o ser humano – pela sua condição biológica ou etária – não puder decidir autonomamente os rumos de sua própria vida, poderá terceira pessoa fazê-lo?

As indagações trazidas, apontam para a clássica discussão sobre em que estágio da vida humana temos um bem jurídico tutelado, isso quer dizer, qual é o seu início. Na tradicional doutrina civil brasileira, sedimentadas estão duas teorias: a *concepcionista*, que considera o marco inicial da vida humana a concepção uterina; e a teoria *natalista*, cujo marco do início da vida humana é o nascimento com vida. Deve ser ressalvado que o nascituro é pessoa e sujeito de direitos existenciais desde concebido. No entanto, referidas teorias são insuficientes para

[1] Sobre o tema, para Kant (1787, pág. 140), "(...) no reino dos fins tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então tem ela **dignidade**... Esta apreciação dá pois a conhecer como dignidade o valor de uma tal disposição de espírito e põe-na infinitamente acima de todo o preço. Nunca ela poderia ser posta em cálculo ou confronto com qualquer coisa que tivesse um preço, sem de qualquer modo ferir a sua santidade".

solucionar as situações fáticas do mundo contemporâneo, podendo ser citado como exemplo, o direito à imagem de uma ultrassonografia em alta resolução e 3D – trata-se de direito fundamental de tutela à imagem do embrião ou dos pais? Ou ainda, apenas da mãe pois a gestação é exclusiva dela?

Do mesmo modo, também se questiona: qual o momento do **fim** da vida digna? A morte física ocorre com a morte cerebral[2], mas é sabido que antes disso pode fenecer a dignidade da vida, em prolongamento desnecessário.

As pessoas enfermas, em estado vegetativo irreversível e comatoso, mas biologicamente vivas, não possuem mais capacidade, consciência ou qualquer chance de interação humana, e assim, poderiam ter direito à uma morte terapêutica, encerrando a vida que põe como **indigna**? Quem seria representaria este sujeito na expressão de sua vontade de terminalidade digna de uma vida indigna? Os médicos? Os familiares?

A questão filosófica é assim introduzida por SARLET (2011, pág. 20):

> (...) a concepção kantiana, ao menos se interpretada restritivamente, acaba por remeter à pergunta (que, de resto, ainda não obteve resposta consensual) sobre **o início e o fim da dignidade da pessoa**, além de toda uma gama de outros questionamentos que aqui não temos condições nem temos a intenção de desenvolver e que tanta relevância tem assumido no âmbito da biotecnologia e do assim designado "biodireito", notadamente no que diz com a proteção jurídica do embrião (e do patrimônio genético da pessoa em geral) em face de toda a sorte de manipulações, assim como nas questões vinculadas à **dignidade no final da vida**, especialmente naquilo que envolve a discussão em torno da viabilidade e dos limites da eutanásia. De qualquer modo, incensurável, isto sim, como teremos oportunidade de demonstrar no próximo segmento, é a permanência da **concepção kantiana no sentido de que a dignidade da pessoa humana, esta (pessoa) considerada como fim, e não como meio, repudia toda e qualquer espécie de coisificação e instrumentalização do ser humano** (*grifamos*).

Esse debate teórico não é novo, e a discussão sobre a dignidade da vida humana ensejou questionamentos sobre a morte digna. Os trabalhos eram tímidos nesse sentido, entretanto, o tema ganhou destaque com a inesperada Pandemia da COVID-19, uma vez que dentro dos inúmeros hospitais do país, diversos profissionais da saúde não tiveram condições físicas e materiais de atender todos os pacientes que necessitavam de tratamento, e precisaram, em escolhas trágicas, indicar quais ocupariam os leitos de Unidades de Terapia Intensiva, para a utilização dos equipamentos de ventilação pulmonar mecânica (entubados)[3].

---

[2] cf. artigo 3º da Lei nº 9.434/97, que trata sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências e Resolução 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina, que defini os critérios de diagnóstico de morte encefálica.

[3] A título ilustrativo, confira-se a reportagem gaúcha: "Em um momento em que a fila por um leito de terapia intensiva no RS segue grande, pacientes com Covid-19 que estão há 21 dias na UTI estão passando por um processo de morte assistida, conforme reportagem do Portal R7, feita após denúncia do vereador [...], de Porto Alegre. Sem mais intervenções médicas após o período, aumentam as chances de o paciente ir a óbito – ainda que haja casos

A escolha dos casos a serem tratados, amparados pela inexigibilidade de conduta diversa por parte dos profissionais da saúde, circunda a tomada de decisão sobre realizar uma morte piedosa. Infectados pela COVID-19, entubados e com impossibilidade de retornar à respiração autônoma poderiam ter o direito a serem assistidos ou auxiliados por terceiras pessoas, familiares ou profissionais da área da saúde, buscando um procedimento adequado e humano de terminalidade de vida? E em outros casos nos quais os enfermos vivem um extremo sofrimento em estado de inconsciência, os familiares poderiam decidir por ele?

A provocação que suscita inquietação neste tema é o limite da intervenção estatal. Até que ponto o Estado está autorizado a dizer que a vida está sendo exercida com dignidade? E mais. Se há clara e expressa manifestação de um paciente com moléstia dolorosa e irreversível ou de terceiro, pode o Estado dizer que o indivíduo deve manter-se vivo até determinado limite, ou deve prevalecer a liberdade de escolha do enfermo em viver ou morrer?

O presente trabalho busca desenvolver as questões, e alguns de seus desdobramentos, quanto à manutenção de pacientes sem qualquer perspectiva de cura em leitos hospitalares, e seu custo econômico, social e emocional à família, a autonomia do paciente, e a benevolência do profissional da saúde nestes cenários.

Não se pretende esgotar as implicações da morte digna, nem trazer soluções definitivas e categóricas, mas sim avançar na discussão, com uma abordagem interdisciplinar. Foram trazidas questões filosóficas e sociais, sendo certo que no âmbito jurídico, a contextualização usou, especialmente, as ponderações do direito constitucional, civil, penal, e do biodireito.

2. DO DIREITO À VIDA DIGNA

O ser humano deve ter sua vida preservada como o direito mais relevante em qualquer sistema jurídico. A condição de ser humano *vivo* não contempla integralmente o direto à vida, pois a vida deve ser qualificada, isto é, deve ser **digna**. As primeiras relevantes considerações da dignidade da pessoa humana remontam ao século XI, quando Santo Tomás de Aquino

---

de recuperação mesmo após esse tempo em UTI. Em nota, a Secretaria Estadual da Saúde não chegou a negar a prática e citou que tanto o Departamento de Regulação Estadual quanto as Centrais de Regulação dos municípios seguem um protocolo técnico. "Em situações de epidemia e de stress máximo do Sistema Hospitalar, um dos critérios médicos aceitos internacionalmente é o de priorização de pacientes com ausência de comorbidades, e que tenham maiores possibilidades de se beneficiar de algum recurso médico ou hospitalar designado", diz a nota. Em condição de anonimato, profissionais da saúde também contaram que pacientes com mais de 60 anos e comorbidades, independentemente da gravidade, vão ao fim da fila, assim como os casos graves que esperam sete dias ou mais em emergência UPA, pronto atendimento ou posto de saúde" – cf. Jornal Matinal, Médicos confirmam denúncia de ortotanásia no RS, disponível em https://www.matinaljornalismo.com.br/matinal/newsletter/medicos-confirmam-denuncia-de-ortotanasia-no-rs/, acesso em 28 de setembro de 2022.

professava a concepção cristã de igualdade dos homens perante Deus, e também o valor fundamental da dignidade da pessoa humana, com o "ponto de vista de que a personalidade humana se caracteriza por ter um valor próprio, inato" e este valor, "nasce na qualidade de valor natural, inalienável e incondicionado, como cerne da personalidade do homem" (SARLET, 2015, pág. 38).

A dignidade da pessoa humana tem, portanto, sua origem nos preceitos religiosos, com a ideia de que o ser humano foi criado à imagem e semelhança de Deus. Após, com o Iluminismo, a dignidade humana passa a ser explorada pela filosofia, partindo-se da premissa de que o homem é dotado de razão e capacidade de autodeterminação. Seguindo nessa breve explicação histórica, a dignidade passa a ser explorada no século XX com viés político, porque se tornou um fim a ser buscado pelo Estado de direito. E, com o fim da II Guerra Mundial, a dignidade da pessoa humana ganhou destaque com sua tutela jurídica.

Não se pode olvidar que desde as revoluções liberais buscava-se a inclusão dos direitos fundamentais basilares para propiciar a vida digna do ser humano. Assim foram elaboradas a Constituição do México de 1917 e a de Weimar de 1919. Nesse sentido também, a lição de LUÍS ROBERTO BARROSO, 2010 (pág. 11):

> A dignidade humana, então, é um valor fundamental que se viu convertido em princípio jurídico de estatura constitucional, seja por sua positivação em norma expressa seja por sua aceitação como um mandamento jurídico extraído do sistema. Serve, assim, tanto como justificação moral quanto como fundamento normativo para os direitos fundamentais.

Essas ideias evoluíram, sendo certo que a dignidade da pessoa humana, até os dias atuais, é o atributo maior do ser humano. Desse modo, a doutrina constitucionalista aponta dois aspectos essenciais quanto ao direto à vida: o direito de continuar vivo e o direito à vida digna. Ambos os sentidos têm relevância para o tema aqui tratado.

Em primeiro lugar, o direito de permanecer vivo é considerado um direito indisponível, ou seja, ainda que o indivíduo, no gozo de sua plena capacidade, exteriorize manifestação de vontade no sentido de querer a morte, nem terceira pessoa, nem o Estado, pode lhe tirar a vida.

O próprio titular do direito à vida pode dela dispor, através do suicídio, que não traz nenhuma consequência sancionadora pelo ordenamento jurídico (ainda que infrutífero), uma vez que a personalidade jurídica do indivíduo se extingue com a morte. Entretanto, isso não significa que no momento em que a pessoa humana decide não mais viver passa a ter o direito *subjetivo* à morte.

O Estado não possui meios de evitar a prática suicida, e não o prevê como uma garantia, nem mesmo a eutanásia, gerando, assim, um cenário evidente: a insegurança jurídica

para o direito mais nobre do ser humano. Legalizar a prática da eutanásia, em dirigismo estatal, poderia acarretar a morte de pessoas enfermas e inconscientes que em verdade gostariam de permanecer vivas, ainda que em padecimento por uma doença grave e incurável. Sendo a vida um direito indisponível, o Estado deve buscar todos os meios, abstratos e/ou genéricos, através de leis e atos normativos, bem assim, meios concretos através de ações governamentais, para preservar o direito à vida. A tutela estatal deve ser como objetivo primordial à manutenção da vida humana.

No entanto, considerando o Estado democrático de direito, é preciso discutir até que ponto a proteção da vida humana pode ter seus limites definidos pelo Estado. A ponderação dos direitos fundamentais envolvidos tem impactos diretos no tema da morte assistida (eutanásia).

Em segundo lugar, a doutrina constitucional, ao tratar da vida humana, sustenta que o exercício do direito à vida deve vir acompanhado da dignidade. Desta feita, a Constituição da República traz um vasto rol de direitos fundamentais do indivíduo, desde a proteção do direito à alimentação adequada e à educação, até o direito à saúde, no momento das afecções. A autodeterminação consciente e o respeito pelos pares, e também pelo o Estado, deve incluir o direito de não mais querer usufruir de uma vida sem dignidade.

Emblemático debate ocorrido nos Estado Unidos nos anos 1990, levado à Suprema Corte norte-americana, da garota Nancy Cruzan. Após sofrer um acidente de carro, teve seu córtex cerebral destruído por falta de oxigênio, e passou a viver em estado vegetativo. Os pais pleitearam judicialmente pelo fim da agonia que a filha sofria, depois de receberem o diagnóstico da irreversibilidade da condição de Nancy, o que foi recusado. Passados 7 (sete) anos deste quadro clínico, o caso chegou à Suprema Corte, que autorizou fosse colocado fim na vida da enferma (LEWIN, 1993). Neste caso, a Suprema Corte americana concluiu que a morte atendia aos interesses fundamentais da paciente em estado vegetativo irreversível[4].

A dignidade da pessoa humana deve ser avaliada de acordo com diferentes critérios, bem assim, em relação às consequências trazidas para o próprio ser humano. Nesse sentido, FARIAS e ROSENVALD, 2013 (pág. 164/165):

> A *dignidade da pessoa humana*, pois, serve como mola de propulsão da intangibilidade da vida humana, dela defluindo como consectários naturais*: i) o respeito à integridade física e psíquica das pessoas; ii) a admissão da existência de pressupostos materiais (patrimoniais, inclusive) mínimos para que se possa viver; e iii) o respeito pelas condições fundamentais de liberdade e igualdade*.

A interpretação desse direito etéreo à vida só pode ser considerada adequada quando

[4] É possível obter mais informações sobre o caso em https://bioethicstoday.org/blog/nancy-cruzan-and-the-withhold-versus-withdraw-dilemma/#, acesso em outubro de 2022.

relacionada à dignidade humana, e via de consequência, o direito de ter autonomia e liberdade de decidir como se quer viver. Se uma pessoa aparentemente saudável e lúcida, descobre que possui um grave tumor, deve ter o direito de decidir, através de recusa terapêutica, se quer se submeter ao doloroso tratamento de uma quimioterapia, que exige presença contínua nos hospitais, e com nefastas consequências à própria saúde, ou viver o restante de sua vida perto de seus familiares e entes queridos, em tratamento paliativo, controlando suas dores com analgésicos, e abreviando a vida não digna.

Este cenário fático foi parcialmente identificado pelo legislador brasileiro, ao tratar da liberdade de disposição do próprio corpo, como direito da personalidade (direito fundamental da pessoa humana), e assim dispôs no Código Civil brasileiro: "Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" (artigo 15).

Em que pese a expressão usada pelo legislador "com risco de vida", é sabido que nenhuma pessoa pode ser constrangida a tratamento médico algum[5]. Ressalva feita aos casos de pessoas incapazes, cuja opção pela submissão (ou não) da terapia médica fica nas mãos de seus representantes legais, como por exemplo, nos casos de filhos de seguidores do Testemunho de Jeová, em que não se admite a transfusão de sangue, ainda quando necessária para evitar a morte. A Constituição Federal garante o direito à crença religiosa, mas neste caso, a ponderação com o direito à vida, coloca este último como prioridade, eis que o titular da vida humana não tem discernimento para optar qual religião irá aderir, ou ainda, se não seguirá religião alguma.

Decisão distinta para os dotados de capacidade civil plena e consciente da gravidade do quadro, pois, como dito alhures, a dignidade da pessoa humana exige respeito à integridade física e psíquica do ser humano, incluído o direito de credo e neste caso "a solução que atende mais amplamente à dignidade humana, sem dúvida, deve ser em linha de princípio, o respeito à liberdade religiosa, à convicção íntima, não sendo razoável uma interpretação literal da norma legal" (FARIAS e ROSENVALD, 2013, pág. 228).

O titular da vida humana, tendo autonomia e capacidade, deve ter sua decisão respeitada. No exemplo em apreço, se o seguidor do Testemunho de Jeová tem efetivada a transfusão de sangue contra sua vontade, poderá sofrer repúdio da comunidade religiosa que frequenta, ou sofrer outras discriminações dos familiares e companheiros de culto, o que tornará sua vida infeliz, ou seja, a preservação da vida com o tratamento médico, neste caso, entrará em conflito com a dignidade da própria vida.

[5] Resolução 2.232/2019 do Conselho Regional e Medicina, que trata normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.

E nessa linha de raciocínio, o mesmo pode ser dito dos pacientes terminais. Ao se pensar que garantir o direito à vida, mantendo o paciente vivo por meios artificiais, mas inconsciente e sem prognóstico para melhora de seu quadro clínico, pode revelar uma grave afronta à dignidade da pessoa humana.

E por qual motivo este paciente, cuja dignidade seria respeitada se tivesse ceifados os meios artificias que o mantém vivo, não pode receber esta providência de seu médico, de terceiro ou de seus familiares? Não seria o ordenamento jurídico incongruente neste ponto? Nas considerações de DWORKIN, 2009 (pág. 258/259):

> (...) muitas pessoas gravemente doentes ou incapacitadas, apesar de plenamente conscientes, são incapazes de suicidar-se sem ajuda. De acordo com o direito norte-americano, a não ser em situações excepcionais, as pessoas em pleno controle de suas faculdades mentais podem recusar um tratamento médico mesmo que tal recusa implique a sua morte. Daí não se segue, porém, que, uma vez ligadas a aparelhos que ajudam a mantê-las vivas, tais pessoas tenham o direito legal de pedir que esses aparelhos sejam desligados, pois tal procedimento implica na assistência de outras pessoas à sua morte, e o direito da maioria dos estados e dos países ocidentais proíbe o suicídio assistido. Não obstante, muitos médicos têm se mostrado dispostos a desligar os aparelhos que mantêm vivos os pacientes terminais sempre que estes lhe imploram para fazê-lo.

E segue o autor norte-americano DWORKIN, 2009 (pág. 259), em conclusão:

> Assim, o direito produz o resultado aparentemente irracional: por um lado, as pessoas podem optar por morrer lentamente, recusando-se a comer, recusando-se a receber um tratamento capaz de mantê-las vivas ou pedindo para ser desligadas de aparelhos de respiração artificial; por outro, não optar pela morte rápida e indolor que seus médicos poderiam facilmente conseguir-lhes

Nesse contexto, para observar a vontade da pessoa que quer morrer, e a eventual colaboração do profissional da saúde, tanto em relação à escolha, quanto para a concretização do encerramento da vida, parte-se para uma breve ingerência sobre o aspecto ético da escolha de morrer.

3. BIOÉTICA

A bioética é a ciência transdisciplinar que estuda a ética aplicada às ciências da vida. A etimologia da palavra *bioética* tem origem no grego *bios*, que significa vida, e *ethos*, relativo à ética. Tem como principais princípio norteadores a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça.

O primeiro deles, a **beneficência**, obriga que os "agentes morais, no mínimo, abstenham-se de prejudicar os outros e pode, também, abarcar obrigações de fazer o bem ao próximo e promover o bem-estar" (CAMPBELL, 1990, pág. 409). Portanto, deve o profissional

da saúde buscar o *bem* do paciente, e é possível encontrar situações em que manter viva uma pessoa acoimada com doença incurável, desprovida de qualquer reação físicas e emocional não corresponda à esta finalidade.

O princípio da **não-maleficência**, carrega a obrigação de não acarretar dano intencional. O princípio da **autonomia** implica na capacidade de o ser humano tomar decisões para si mesmo, na condução de sua própria vida. Em outras palavras, significa "a faculdade de a pessoa governar-se a si mesma, ou a capacidade de se autogovernar, escolher, decidir, avaliar, sem restrições internas ou externas" (CORREIA, 1996, pág. 40). Assim, inserida aqui a liberdade do indivíduo deliberar, sobre a própria vida, através de um termo de consentimento informado, ou até mesmo por meio de testamento vital ou *living will*.

O testamento vital é a declaração de vontade da pessoa humana, por instrumento escrito, público ou particular, com as diretrizes de como deseja ser tratada do ponto de vista médico se estiver em uma situação de doença incurável e inconsciente. Na doutrina de OLIVEIRA e AMORIM (2017, pág. 241):

> As instruções desse testamento valem como ato pessoal e unilateral de vontade e são revogáveis a qualquer tempo por outro documento firmado pelo próprio interessado (como se dá na revogação dos testamentos). Seu intuito é o de preservar os interesses de quem se ache em uma condição terminal, sob um estado permanente de inconsciência ou um dano cerebral irreversível, com perda da consciência e da capacidade de tomar decisões e expressar seus propósitos.

Deparando-se com esse novel instrumento jurídico, o Conselho Federal de Medicina editou resolução com o fim de melhor orientar os médicos quanto à sua observância. Para ilustrar, o artigo 2º da Resolução CFM 1.995/2012: "Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade".

As diretivas antecipadas de vontade são o gênero do exercício da autonomia privada do paciente através do mandato duradouro, procuração outorgada a terceiro, seja familiar ou não, para decidir sobre os cuidados e fins da saúde do paciente e, ou do testamento vital.

O testamento vital, uma das espécies de diretivas antecipadas de vontade, não é positivado pelo ordenamento jurídico brasileiro. É ato jurídico lícito, não defeso em lei, e quando elaborado por agente capaz traz consequências jurídicas, mormente aos médicos, nos termos da mencionada Resolução CFM. Os estudiosos no tema ressaltam a sua relevância no contexto da eutanásia. Para corroborar, a lição de DIAS, 2012 (pág. 194):

> O "testamento vital" tem grande utilidade para preservar a autonomia e a dignidade da pessoa no momento em que ela não puder expressar sua vontade acerca dos

> procedimentos médicos sugeridos na situação em que se encontra ou sobre o prolongamento de sua vida nessas circunstâncias. Além de ser um meio seguro de garantir o respeito à vontade da pessoa no final de sua vida, trata-se de um documento que protege o profissional de saúde de possíveis reclamações acerca de sua atuação

Por fim, o princípio da **justiça** visa encontrar a solução mais adequada ao caso concreto, quando os dois outros princípios não forem suficientes. Para ALMEIDA, 1996 (pág. 62):

> Quando questões ficam sem resposta, quando há dúvida se deva prevalecer a beneficência ou o respeito pela autonomia, apela-se para o princípio de justiça. Justiça no sentido de "equidade" ou do que é merecido. Uma injustiça ocorre quando algum benefício ao qual a pessoa faz jus é negado sem um motivo razoável ou quando algum ônus é imposto indevidamente

Caso a autonomia do paciente e a benevolência do médico não sejam concordes, a solução deve ser buscada pela justiça. É certo que se a vontade expressa do paciente é viver, e o médico indica a morte, esta última jamais pode prevalecer. Contudo, caso o paciente suplique pela morte digna, diante de uma vida indigna, e o profissional da saúde não esteja de acordo, ainda existirá o último princípio, o da justiça.

Além disso, no campo teórico, o princípio da justiça promove discussões para perguntas de difíceis respostas, tais como: é justo manter o tratamento de um paciente em estágio terminal, de doença incurável, em extremo sofrimento, mesmo quando ele manifeste a vontade de não mais padecer das dores? Existe um tempo mínimo para que seja depurado o sofrimento do paciente, e então possa ser escolhida a morte, como solução à agonia? Da mesma maneira, ao sistema de saúde como um todo, é adequado prolongar a vida do paciente em estágio terminal, com dores extremas, e sem chances de cura, deixando leitos ocupados, quando existem outros enfermos com doenças curáveis aguardando vagas?

Essas questões foram cotidianamente enfrentadas por médicos e hospitais no período da Pandemia COVID-19. O que seria a decisão eticamente correta: manter um paciente na Unidade de Terapia Intensiva, mesmo sem qualquer perspectiva de cura ou, considerando a enorme quantidade de enfermos aguardando leitos, deixar de prolongar uma vida, arriscando a prática de uma eutanásia ativa, quiçá, de um homicídio privilegiado pelo aspecto piedoso, e tentar salvar uma vida que estava na fila da enfermaria?

4. EUTANÁSIA, ORTOTANÁSIA, DISTANÁSIA E MISTANÁSIA – CONCEITOS E SITUAÇÕES NO PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19

A **eutanásia ativa**, também chamada de homicídio *pietatis causae*, corresponde à

situação em que o agente, diante de um doente terminal, em sofrimento agudo, sem chance de melhoras, causa a morte do enfermo de forma comissiva, para findar sua agonia.

No Brasil, o conceito de morte foi alterado por meio do artigo 3º da Lei 9.434/97 (Lei dos Transplantes). Anteriormente à esta legislação, a morte era verificada com a imobilidade de todos os órgãos humanos, em especial o coração. Mas as paradas cardiorrespiratórias passaram a ser contornadas pela tecnologia dos aparelhos médicos, e a novel lei passou a considerar a morte encefálica o fim da vida humana. Ou seja, mesmo com o funcionamento de alguns órgãos do corpo humano, apenas com a morte encefálica está extinta a vida para fins jurídicos.

Portanto, a eutanásia é o ato de terceira pessoa, profissional da saúde, familiar ou amigo íntimo, que põe termo a vida humana de paciente que ainda possui atividade cerebral, mas com enfermidade de tamanha gravidade e estágio tão avançado, com respiração realizada através de ventiladores pulmonares, batimentos cardíacos por aparelhos, dentre outras situações, que a condição do paciente se torna desprovida de qualquer dignidade. De acordo com DINIZ (2011, pág. 443), a eutanásia pode ser assim definida como:

> homicídio, em que, por piedade, há deliberação de antecipar a morte de doente irreversível ou terminal, a pedido seu ou de seus familiares, ante o fato da incurabilidade de sua moléstia, da insuportabilidade de seu sofrimento e da inutilidade de seu tratamento, empregando-se, em regra, recursos farmacológicos, por ser a prática indolor à supressão da vida

Pontos centrais que distinguem a eutanásia de um homicídio comum, além da intenção piedosa, são o consentimento do ofendido (ou de seus familiares, caso o doente não tenha mais condições de exprimir sua vontade) e a mitigação do sofrimento para a execução do homicídio, por meio de analgésicos ou anestésicos.

Entretanto, a conduta praticada não deixa de ser um homicídio, porque a eutanásia se amolda na conduta descrita no tipo penal de ceifar uma vida humana, e não há qualquer causa de exclusão da ilicitude. Há somente uma previsão de redução da pena aplicada ao homicida que age nestas circunstâncias peculiares, prevista no artigo 121, § 1º, do Código Penal.

Inquietação maior surge quando o nível de fragilidade da saúde do enfermo é tamanho que a conduta do autor da eutanásia acaba por se mostrar, aos olhos do homem médio, irrelevante penal, como no caso do estágio mais avançado de um câncer grave, metastático, que deixa o doente inconsciente no leito de um hospital, sem chances de reversão do quadro, apenas com medicação para controle da dor. A morte parece revelar o alívio de uma angustia para o enfermo e para sua família, como um suspiro de encerramento das agruras que vinha sofrendo. Entretanto, não há essa previsão legal de exclusão da culpabilidade para tais casos, e o agente

causador da morte responde pelo delito de homicídio (privilegiado) do mesmo modo.

Segundo OLIVEIRA JUNIOR e OLIVEIRA (2013, pág. 248):

> É incontestável que o procedimento de se atingir a morte por caminhos mais humanos vai provocar inicialmente certa aversão da comunidade, que tem a morte como o esgotamento de todo o esforço terapêutico e o esvaziamento das reservas de resistência do paciente. Mas, o tema morte começa a fazer parte direta da vida das pessoas e a tendência é procurar uma modalidade mais ética que se coadune com a conveniência humana. Já que o morrer é inafastável, a tendência é buscar uma alternativa que se enquadre nos limites da razoabilidade ética

A segunda forma de morte piedosa é a chamada **ortotanásia**, que ocorre no caso de paciente com doença em estágio avançado, e o profissional da saúde, sabendo da incurabilidade, não realiza as terapias de mera prorrogação do término da vida. Também é chamada de "eutanásia por omissão".

A etimologia da palavra, de origem grega, é formada por *orto*, que significa correto, e *thanatos*, a morte. Assim, a ortotanásia é a conduta médica de acompanhar o processo evolutivo natural do quadro clínico do enfermo, até a sua morte natural. Na lição de DINIZ (2011, pág. 445), a ortotanásia:

> (...) é a eutanásia por omissão, consistente no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar os meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável, o prolongamento de uma vida vegetativa, sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares

Assim, a ortotanásia não é realizada por qualquer conduta ativa do médico, que apenas deixa de agir para dilatar uma vida sofrida e irrecuperável, ou seja, interrompe-se os tratamentos fúteis e obstinados, como uma forma de eutanásia passiva, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. Entretanto deverão ser mantidos os cuidados paliativos[6], significados pela assistência integral, alívio dos sintomas, conforto físico, psíquico, social e espiritual ao paciente.

A **distanásia** ou obstinação terapêutica é definida por DINIZ (2011, pág. 453), como "morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo da morte".

Essa imposição de tratamento médico sem qualquer prognóstico de cura pode se mostrar como uma verdadeira tortura médica ao paciente, e conduta extremamente dolorida aos familiares. É forma de aparente preservação da vida muito questionável, uma vez que, como pontua DIAS (2012, pág. 171), "se a pessoa demonstrou claramente que, em respeito à sua vida,

[6] Artigo 41 do Código de Ética Médica, e Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina.

seus interesses fundamentais seriam preservados caso ela morresse dignamente ao invés de ser mantida viva inconsciente ou agonizando, mantê-la viva nessas condições lhe causaria danos irreversíveis".

Portanto, a eutanásia ativa seria o homicídio piedoso daquela cuja doença terminal e irreversível e do lado oposto estaria a distanásia, obstinação terapêutica com intenso sofrimento ao enfermo. O meio-termo seria a ortotanásia, que nem encerra a vida do enfermo, nem procura uma incessante cura inexistente, apenas proporcionando cuidados paliativos.

Por fim, é preciso lembrar ainda da **mistanásia**, que em regra atinge indivíduos excluídos do meio social que dependem de políticas públicas de saúde para garantir a preservação da vida humana com dignidade. Em regra, portanto, a mistanásia está associada à violação de direitos humanos.

No período da Pandemia COVID-19, houve um aumento exponencial da mistanásia, com o abandono generalizados de centenas de milhares de pacientes. Todavia, não se pode imputar a mistanásia neste período a uma falha das políticas públicas do Estado, ou achaque à direitos humanos, mas sim por consequência de um verdadeiro colapso do sistema, não preparado para uma pandemia (fenômeno imprevisto) e com a gravidade que alcançou[7]. Não se ignore que há quem entenda que medidas para minimizar o colapso do sistema de saúde, na forma como ocorreu, poderiam ter sido tomadas[8].

No Brasil, somente a eutanásia ativa é considerada prática criminosa, sendo certo que a ortotanásia, morte correta, sem obstinação terapêutica inútil, e a distanásia, prolongamento artificial do processo de morte com sofrimento para o doente, em situações nas quais a medicina não prevê possibilidades de melhoria ou de cura, se mostram como irrelevantes para a tutela jurídica penal. A mistanásia corresponde ao descaso com direitos fundamentais do indivíduo, e certamente deve buscar os responsáveis, mas não possui tipificação criminal. É fruto da má gestão da saúde pública, e atinge de forma difusa, via de regra, a parcela dos socialmente

[7] Sobre o tema, a reportagem no Jornal "O Estado de São Paulo", com o excerto seguinte: "(...) O fenômeno da mistanásia não representa um abandono de paciente, mas sim uma consequência do colapso do sistema. A escolha não exime o profissional de oferecer ao paciente preterido de todos os cuidados no leito de enfermaria, mas uma chance de sobrevivência pode ser perdida pela ausência de cuidados intensivos. É uma decisão drástica criada pela completa saturação dos recursos da UTI no país e do "gargalo" no atendimento à população. E, na maioria dos casos, apesar de parecer cruel, a análise do atendimento é feita não só pela ordem na fila, mas também pela chance de sobrevivência. Hoje é crescente número de pacientes mais jovens com quadros grave o que reflete num tempo maior de internação e, por fim, na escassez de vagas" – disponível em https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/covid-e-a-morte-sem-dignidade-a-mistanasia/, acesso em setembro de 2022.

[8] A título de exemplo, a Consultora jurídica especializada em Direito Médico e da Saúde, e doutoranda em Saúde Pública, MBA/FGV em Gestão de Serviços em Saúde, SANDRA FRANCO, em suas declarações em https://www.diariodaregiao.com.br/opiniao/artigos/covid-e-a-morte-sem-dignidade-1.6048, acesso em setembro de 2022.

excluídos.

Questão tormentosa surgiu então com as notícias vindas de diversas partes do país que, no transcurso da Pandemia COVID-19, diversos médicos e hospitais passaram a considerar pacientes entubados com ventilação pulmonar mecânica há muitos dias como irreversíveis, e praticaram a morte assistida[9].

Vale lembrar que a COVID-19 naquele momento era uma síndrome respiratória viral inédita no mundo, e os médicos não tinham um consenso dos casos graves que seriam passíveis de reversão ou não. Nesse cenário, puderam ser identificadas eutanásias, ortotanásias, distanásias e mistanásias.

A inquietação que seguiu ao momento pandêmico foi o aspecto ético dessas escolhas, e as consequências jurídicas. Isso porque, como dito, a eutanásia não é autorizada pelo ordenamento jurídico brasileiro, e a distanásia se tornou uma incessante busca de vencer o vírus responsável pela COVID-19. O incansável trabalho dos profissionais da saúde, sem conhecimento adequado sobre o vírus, mostrou que não se poderia questionar as práticas de distanásia nos inúmeros hospitais do país.

Da mesma maneira, a mistanásia – descumprimento do direito fundamental à saúde e à vida digna – saltou para um nível muito elevado no período pandêmico. Não se ignora que a mistanásia estava presente em nosso país, cuja realidade acarretou em uma onda de judicialização das políticas públicas e ações judiciais para a efetivação do direito à saúde, em pleitos individuais e coletivos. Todavia, o cenário enfrentado pelos órgãos públicos e servidores públicos na área da saúde no período da Pandemia COVID-19 foi sem precedentes.

Assim, considerando a ausência de regulamentação adequada, com um período de pandemia imprevisível, tornou difícil controlar essas práticas nos hospitais do país, e mais do que isso, avaliar caso a caso se as escolhas foram adequadas para aqueles pacientes vistos como desenganados.

6. CONCLUSÃO

A proibição da eutanásia, de forma crucial, acaba por deixar a prática na clandestinidade, em confronto com as resoluções do Conselho Federal de Medicina. A eutanásia

[9] No Rio Grande do Sul uma reportagem relatou que paciente com mais de três semanas de internação eram submetidos a ortotanásia, ou seja, retirados da UTI para uma evolução natural da doença e morte, e assim desocupar um leito. Em que pese a classificação, certo é que alguns casos podem ser considerados como eutanásia. Confira-se em https://noticias.r7.com/cidades/rs-pacientes-com-covid-ha-mais-de-21-dias-na-uti-tem-morte-assistida-29062022.

nunca deixou de acontecer no recôndito dos hospitais.

A ortotanásia, por agregar cuidados paliativos, evita um prolongamento desnecessário de uma vida sem dignidade. É recepcionada como forma da liberdade de morrer, diante do reconhecimento da inevitabilidade do fim por força da gravidade do estado de doença.

A mistanásia é uma realidade posta no cenário brasileiro, desde antes da Pandemia COVID-19, sendo certo que as falhas das políticas pública há muito vêm sendo supridas por decisões do Poder Judiciário.

Se o outro lado da moeda de uma vida digna é uma morte digna, e dignidade pressupõe autodeterminação, os questionamentos surgem quando não existe declaração de vontade expressa do enfermo, e ele se encontra em estado de total inconsciência, sem perspectiva de melhoras e afligido por dores agudas. Esse quadro pode caracterizar uma vida humana sem sentido e sem sentimentos, ou seja, sem dignidade. Casos assim foram a todo momento vivenciados no período pandêmico (2020/2022).

A regulamentação da eutanásia ativa, em determinadas condições, poderia se mostrar como uma solução para o doente e seus familiares que pactuam da agonia, ao invés de conduta criminosa, como previsto no Código Penal Brasileiro.

A questão circunda a necessidade da intervenção de alguém para a efetividade dessa prática e a instrumentalização do princípio da autonomia através do consentimento livre esclarecido, sobretudo porque apesar da proibição legal é prática existente nos hospitais do país, de difícil censura, eis que o ânimo dos profissionais da saúde é apenas acabar com um sofrimento extremo de paciente sem chance de cura.

Se é verdade que o Estado Democrático de direito traz como basilar direito fundamental a **liberdade**, não poderia o intervencionismo estatal *impor* o prolongamento de uma vida sofrida, e sem prognóstico de cura (ou sequer de melhora), quando há pedido do próprio enfermo. A dignidade de cada pessoa deve ser individualmente considerada, e acima de tudo, prestigiada a autonomia da vontade de cada um.

O limite da dignidade deveria ser ditado a cada titular da sua própria vida humana. Em situações semelhantes, um doente pode querer morrer enquanto outro prefere viver, mesmo que em estado vegetativo.

Com efeito, essa autonomia e autodeterminação deve ser avaliada individualmente, e caso não tenho sido expressada, os familiares devem ter legitimidade para decidir, porque, são aqueles que têm condições de dizer como o doente teria decidido se pudesse se comunicar.

Esses são aspectos levantados para uma futura regulamentação, contudo, a conclusão acerta quando levanta o olhar aos fenômenos que acontecem na vida dos hospitais públicos e

privados, com maior intensidade, quando de uma pandemia extraordinária por exemplo, ou menor, revelando-se urgente o enfretamento e tratamento jurídico atualizado sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos de. **Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética**. In: PESSINI, Léo. BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (orgs.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

BARROSO, Luís Roberto Barroso. **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.

CAMPBELL, Courtney S. "**El significado moral de la religión para la Bioética"**, in *Boletin de La Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 108 (5-6), 1990.

DIAS, Roberto. **O direito fundamental à morte digna: uma visão constitucional da eutanásia**. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 8ª ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**, tradução Jefferson Luiz Camargo; revisão da tradução Silvana Vieira. 2ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil**. Parte Geral e LINDB, vol. 1. 11ª edição, revista ampliada e atualizada. Salvador/BA: Editora Juspodivm, 2013.

KANT, Immanuel. **Crítica da Razão Pura (1787)**, da Coleção Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

LEWIN, Tamar. "**Man Is Allowed to Let Daughter Die"**. *The New York Times*, 27 de janeiro de 1993.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**.

6ª ed. atualizada até a EC nº 52/06. São Paulo: Atlas, 2006.

OLIVEIRA, Euclides de; AMORIM, Sebastião. **Inventário e Partilha: teoria e prática**. 24ª ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Quintino; OLIVERA, Pedro Bellentani Quintino de Oliveira. **A eutanásia e a ortotanásia no novo Código Penal.** Revista dos Tribunais. Ano 102, vol. 931, maio/2013. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

CORREIA, Francisco de Assis. **Alguns desafios atuais da bioética**. In: PESSINI, Léo. BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (orgs.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 12ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

_____. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.