

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

JANAÍNA MACHADO STURZA

HERON JOSÉ DE SANTANA GORDILHO

LEONARDO RABELO DE MATOS SILVA

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 Napolini - 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

B615

Biodireito e direitos dos animais II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Heron José de Santana Gordilho; Janaína Machado Sturza; Leonardo Rabelo de Matos Silva – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-352-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Biodireito. 3. Animais. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

Apresentação

Neste ano de 2021 o encontro do Conpedi aconteceu, mais uma vez, de forma online – foi o III Encontro Virtual do CONPEDI, que aconteceu de 23 a 28 de junho de 2021 e o tema norteador não poderia ser outro: Saúde: segurança humana para a democracia.

Como de costume, o encontro reuniu pesquisadores de todo o país, demonstrando a qualidade da pesquisa realizada nos Programas de Pós Graduação das diversas universidades brasileiras.

É importante mencionar que este encontro, que aconteceu a partir da reunião de muitos esforços, contou com a participação de muitos pesquisadores, estudantes e professores – e sem dúvida alguma, foi um sucesso!!!

Considerando a dinâmica observada no biodireito e sua proeminência na sociedade contemporânea, bem como as transformações constantes que envolvem o direito em tempos pandêmicos, os trabalhos apresentados neste GT, assim como as discussões e os debates propostos, possibilitaram perceber-se uma ressignificação da sociedade e dos seus atores sociais, e, conseqüentemente, o surgimento de novos ramos do conhecimento científico – que ao final, com certeza, contribuem para um novo olhar sobre a pesquisa jurídica.

Partindo deste cenário, apresentamos o GT Biodireito e Direito dos Animais II, o qual foi organizado em blocos de discussões, permeados por temas a fins. Notadamente, neste ano de 2021, o GT contou com muitos trabalhos focados no tema da pandemia.

Convidamos a todos que leiam os textos apresentados neste GT.

Junho de 2021 – Pandemia de Covid-19.

Profa. Dra. Janaína Machado Sturza – UNIJUI/RS

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho – UFBA

O DIREITO AOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO MEIO DE EFETIVAÇÃO DA AUTONOMIA DO PACIENTE NO PROCESSO DE MORTE: A PROTEÇÃO JURÍDICA À ORTOTANÁSIA

THE RIGHT TO PALLIATIVE CARE AS A MEANS OF EFFECTIVENING THE PATIENT'S AUTONOMY IN THE DEATH PROCESS: LEGAL PROTECTION TO ORTHOTHANASIA

Daniela Zilio ¹

Resumo

O presente estudo tem como primeiro objetivo específico compreender conceitualmente os cuidados paliativos, para após, como segundo objetivo específico, analisar a autonomia do paciente e por fim, como terceiro e último objetivo, delimitar a morte em sua compreensão existencial para que se possa vivê-la de acordo com os valores de cada pessoa, inclusive optando pela interrupção de tratamentos específicos. Resulta da pesquisa a necessária guarida à autonomia do paciente e como contribuição primordial a análise jurídica e bioética da promoção da autonomia. Utilizou-se, para tanto, o método de pesquisa dedutivo e a técnica de pesquisa é a documentação indireta.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Ortotanásia, Autonomia, Morte digna, Saúde

Abstract/Resumen/Résumé

The study has as its first specific objective to conceptually understand palliative care, and, then, as the second particular objective, to analyze the patient's autonomy, and finally, as the third and last objective, to delimit death in its existential understanding so that one can experience it according to the values of each person, including opting for the interruption of specific treatments. The research results were the necessary shelter to the patient's autonomy as a primary contributor to the legal and bioethical analysis of the promotion of autonomy. The deductive research method was used, and the research technique is indirect documentation.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Palliative care, Orthothanasia, Autonomy, Dignified death, Health

¹ Doutoranda e Mestre em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. Professora. Advogada. Pesquisa realizada com o apoio da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Chapecó-SC. E-mail: danielazilio@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A morte ainda é aqui na vida, morrer é um processo de vida. Morrer bem, então, deve ser um direito consolidado. Os cuidados paliativos, em momentos de final de vida, são o caminho mais seguro para chegar-se à hora da morte em um momento agraciado de bem morrer. O sofrimento é (quase sempre) inevitável em fins de vida, sobretudo quando doenças acometem o sujeito em questão e salvo os casos de morte súbita (por motivos naturais ou não). O fato é que o sofrimento pode ser aliviado, tanto para o titular da vida (que deve ser o sujeito mais protegido), quanto em relação à família e/ou quem é próximo, e é aí que se pensa ser primordial o abandono a tratamentos específicos para o caso, para início aos cuidados de que o paciente precisa para morrer o mais tranquilamente possível. Veja-se que o foco são situações de terminalidade de vida.

Assim, a temática justifica-se porque não há dúvidas de que há uma intersecção entre o direito e a bioética, ainda mais quando se fala em cuidados paliativos, porque falar-se em cuidados paliativos é falar em dignidade da pessoa humana, em autonomia (privacidade decisória), em direito à saúde, e em direito à vida (digna). Apesar de ser uma temática já bastante discutida, pensa-se que o novo olhar que se pretende a partir do artigo que segue pode despertar ainda mais para o paradigma da autonomia no processo de morte.

Neste norte, o artigo busca segundo a problemática de pesquisa descrever os cuidados paliativos enquanto substanciais ferramentas de efetivação da autonomia do paciente em seu processo de morte, ou seja, enquanto peça chave para que a morte aconteça segundo os valores de cada ser humano em questão. É, portanto, um problema de pesquisa transdisciplinar.

Estruturalmente, o ensaio se subdivide em três partes, cada uma correspondendo a um objetivo específico de pesquisa. Assim, na primeira parte, busca-se a explicitação do que são, ou devem ser, os cuidados paliativos, em sua delimitação conceitual, além de verificar-se o seu tratamento deontológico e jurídico. Na segunda parte, o estudo volta-se à compreensão da autonomia do paciente, entendendo-o enquanto protagonista da própria morte, e, por fim, volta-se à compreensão da visão histórica da morte, compreendendo-a igualmente, enquanto processo da própria vida, no intuito de apontar os cuidados paliativos como inerentes ao processo de bem morrer.

Assim, para lograr-se êxito ao intento de explorar o tema e resolver o problema de pesquisa proposto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, eminentemente bibliográfica e o método utilizado foi o dedutivo. Pensa-se, assim, em descrever o problema de pesquisa, a despeito do não esgotamento do assunto.

2 OS CUIDADOS PALIATIVOS: DELIMITAÇÃO CONCEITUAL E TRATAMENTO DEONTOLÓGICO E JURÍDICO

Morrer com dignidade é um dilema que engloba diversas discussões: quando se fala no processo de morte e na dignificação desse momento, pode-se falar de morte assistida antecipada, por meio da eutanásia ou do suicídio assistido, da morte ocorrida a seu tempo, mediante a prescrição dos cuidados necessários para que a morte ocorra respeitando os valores do paciente, enfim, o conceito se desdobra em muitos, com alguns modos, ainda, de interpretação.

Sendo assim, no bojo do tema, emerge especial atenção quando o assunto relatado são os cuidados paliativos aplicados ao paciente terminal, como meio de efetivação de seu direito de morrer com dignidade, direito esse, afirma-se, existe. Assim, na leitura do presente ensaio, quando se fala em direito de morrer com dignidade, em nenhum momento se questiona a sua existência, mas sim, parte-se do pressuposto de que não existem dúvidas de que há um direito fundamental a morrer com dignidade (pessoal), inerente ao próprio direito à vida, uma vez que morrer é um ato de vida.

Pois bem. O que são, então, os cuidados paliativos, e como é o seu tratamento é o que se passa, a partir de agora, a descrever. Os cuidados paliativos fazem parte de uma abordagem da medicina tomada quando a morte é um processo inevitável e a cura para o mal que acomete o paciente em questão já não é mais tecnicamente possível. De acordo com Teixeira e Sá (2018, p. 245):

Os cuidados paliativos atuam, muitas vezes, sobre as circunstâncias da morte, quando se opta pela não manutenção da vida a qualquer custo, a qualquer sofrimento, a qualquer preço valorando, muito mais, a qualidade de vida e de morte e não a quantidade do tempo de vida que ainda se tem, em oposição à distanásia. Todavia, o que se impõe é o respeito ao desejo dos pacientes: tanto os que pretendem a submissão a todos os meios heroicos de manutenção da sua vida quanto aos que, ante uma doença terminal, pretendem cuidados paliativos, por meio da prevenção e controle de sintomas, intervenção psicossocial e espiritual, o paciente e a família vistos como unidade de cuidados, autonomia e independência, comunicação dialógica e trabalho em equipe multiprofissional.

Assim, a realização dos cuidados paliativos ao paciente terminal no processo de morte vai de encontro à ideia da obstinação terapêutica da tentativa da manutenção da sobrevivência a qualquer custo, mas, em outro vértice, também rejeita a ideia de uma morte antecipada. Os cuidados paliativos emergem do mais profundo respeito à autodeterminação do paciente

submetido, de modo que todos os meios médicos e psicossociais são tomados primando sempre pelo bem-estar de quem está submetido ao processo de morte para que essa ocorra de uma forma não traumática e, sempre, mediante todas as ações possíveis de dignificação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que os cuidados paliativos são uma parte decisiva dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas vez que nada pode ser mais centrado nas pessoas do que abrandar seu sofrimento (físico, psicológico, social ou espiritual). Veja-se que, de acordo com o sítio eletrônico da própria organização, hoje menos de 10% dos pacientes que precisam de cuidados paliativos em países de baixa e média renda os recebem, sendo que 78% das pessoas que precisam de cuidados paliativos se encontram nesses países, o que parece inconcebível, mas é real. Acontece, ainda, que cerca de 40 milhões de pessoas precisam, no mundo, de cuidados paliativos, a cada ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Inclusive, sobre a visão histórica de tais cuidados, relatam Gomes e Othero (2016, p. 161) que:

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos é emergente desde o final da década de 1990. Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados. Por estar bastante desatualizado, referimo-nos aqui a dois Encontros Brasileiros de Serviços de Cuidados Paliativos, organizados pelo Hospital Premier nos anos 2012 e 2014 e que geraram as primeiras publicações científicas sobre o perfil de serviços no Brasil. O primeiro estudo foi apresentado no 13º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Praga, República Checa, em 2013, e o segundo no 14º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Copenhague, Dinamarca, em 2015.

Sobre o tema, a médica Ana Cláudia Quintana Arantes teceu belos relatos em seus livros já que, hodiernamente, o processo de morte pode ser prolongado, e muito, pelas modernas tecnologias na área médica. Acerca do assunto voltado à morte natural e os cuidados paliativos, Arantes (2019), no livro “A morte é um dia que vale a pena viver”, relata que, a ocorrência da morte natural parte do pressuposto da existência de uma doença grave incurável, em nível de piora e para a qual a medicina já esgotou as possibilidades de tratamento de modo que nada com que se faça impedirá que a pessoa acometida pela doença venha a falecer em sua decorrência. A condição, assim, é inexorável, e é nesse momento que são cabíveis, e mais do que isso, necessários os cuidados paliativos.

Tanto é assim, que Teixeira e Sá (2018) relatam que os cuidados paliativos são tomados tendo em vista a ideia de chegar-se à maior qualidade de vida possível, tanto para os pacientes quanto para os familiares e, assim sendo, a morte passa a ser vivenciada como uma “[...]situação

natural e complementar à vida” (TEIXEIRA E SÁ, 2018, p. 248). Conforme deixam muito claro as autoras, quando se fala em cuidados paliativos, não se fala em precipitar ou impulsionar a morte, mas ajudar para que o processo de morte tenha a condição de ocorrer o mais próximo possível dos desejos do paciente, incluindo, por conseguinte, sempre que possível, a família ao adoentado na rede de cuidados realizada.

Aliás, sobre o assunto, o (Novo) Código de Ética Médica – Resolução n. 2.217, de 27 de setembro de 2018 relata, no Capítulo V, inerente à Relação entre Pacientes e Familiares, no art. 41, parágrafo único, que:

“[...]Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”

Ainda antes disso, o mesmo diploma estabelece, no Capítulo I, que trata dos Princípios Fundamentais, no item XXII, que: “XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. Veja-se, senão, a preocupação estabelecida nas próprias normas deontológicas médicas acerca do processo de morte e o modo de sua ocorrência.

Note-se que o próprio Código de Ética Médica prioriza o processo de morrer com dignidade à obstinação terapêutica de manutenção da sobrevida a despeito de sua qualidade, quando a morte é fato inexorável (apesar de o *caput* do artigo 41 manter a proibição da antecipação da morte: É vedado ao médico [...]“Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”).

Não há, portanto, óbice a se considerar que os cuidados paliativos são certamente um caminho para a morte humanizada¹. Também, em termos jurídicos, percebe-se que os cuidados paliativos se encontram, certamente, incluídos em um direito maior, qual seja, o direito fundamental à saúde. São essas, aliás, as ponderações de Teixeira e Sá (2018, p. 246) para quem “Nesse contexto, os cuidados paliativos devem ser entendidos como parte do direito fundamental à saúde, pois a vida é um direito e não um dever, sendo possível a escolha por uma

¹ Em que pese que, como elucidado por Santos et al. (2019), grande parte dos profissionais de saúde e da população em geral no Brasil não conhecem os programas e serviços voltados aos cuidados paliativos em instituições de saúde brasileiras, sendo costumeiro limitar essa abordagem dos cuidados enquanto ação ou medida que não soluciona o problema, tomado em pauta unicamente quando não há mais o que fazer (os autores relatam o tema quando encaram a pauta do uso medicinal da *cannabis sativa*).

morte mais natural, com toda a qualidade possível nesse momento”. Perceba-se que o direito à saúde compreende a noção do que se deve entender por saúde (conceitualmente) e isso contempla o bem-estar físico, psíquico e social (e não somente a ausência de doenças ou enfermidades), como determinado pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS).

Deste modo e se assim é, os cuidados paliativos têm papel de destaque quando se pensa a morte como um processo natural da vida e que deve ocorrer mediante a preservação do que o titular da vida entende por ser uma morte digna – reitera-se, a dignidade exposta é a dignidade pessoal, mediante a construção do indivíduo em sua identidade – porquanto tende a ser variável dentro de um contexto que englobe aspectos existenciais, psicológicos, religiosos, sem falar-se, logicamente, de um contexto de preservação em face da dor e do sofrimento, com priorização do bem-estar individual.

Nesta senda, pode-se amealhar que os cuidados paliativos, enquanto escolha do paciente em detrimento de um tratamento injustificado, encontra guarida nos direitos fundamentais à privacidade (decisória), identidade (pessoal) e liberdade (enquanto autonomia). Veja-se que não há dúvidas quanto à pertinência de sua prescrição e realização, e na sua guarida, tanto jurídica quanto deontológica.

2.1 A ORTOTANÁSIA

Ao adentrar-se no assunto ponderado, impossível não se falar em ortotanásia, porque ortotanásia e cuidados paliativos têm ligação umbilical. A ortotanásia é o meio de busca por trazer um fim de vida mais humanizado ao paciente, de modo que sua morte não seja nem acelerada, e nem retardada, de tal forma a que ela aconteça em seu tempo, e, “no decorrer do processo de morte, cuidados para garantir o menor sofrimento possível são tomados” (FREITAS; ZILIO, 2015, p. 506). É, pois, a morte que ocorre quando se iniciam os procedimentos paliativos e interrompe-se os tratamentos que seriam o protocolo para a cura do mal que acomete o paciente, quando é sabido que eles não mais surtirão efeito e somente trarão maiores dores e sofrimento sem possibilidade de convalhecimento. Assim, a ortotanásia se contrapõe à distanásia, que é a obstinação terapêutica e se mostra como ponto de equilíbrio entre as ela e a eutanásia e o suicídio assistido, que são meios de antecipação da morte.²

² Sobre a normatização deontológica da ortotanásia, vide tópico seguinte.

Na etimologia, ortotanásia vem de *orthos* (reto, correto) e *thanatos* (morte). Note-se que, como exposto, a ortotanásia compreende a morte correta, ocorrida a seu tempo. Sobre o assunto, determina Fürst (2018, p. 144):

Não seria necessário falarmos em ortotanásia se a morte não tivesse um “deslugar” na vida da sociedade contemporânea. E tamanho é o deslugar da morte que muitos erroneamente classificam a ortotanásia como eutanásia passiva, uma vez que se interrompe a intervenção para deixar que a morte ocorra naturalmente – e a essa omissão de cuidados se atribui o termo *passivo*; quando a vida fosse abreviada pela utilização de algum recurso, seria a forma *ativa* de eutanásia [...] (grifo do autor).

Sobre serem, a ortotanásia e a eutanásia passiva coisas distintas, pondera Santoro (2010) que são coisas absolutamente diferentes, inconfundíveis, eis que a eutanásia passiva e a ortotanásia decorrem de situações fáticas distintas. Explicitando o seu entendimento, enfatiza o autor que verdadeiramente, ambos os comportamentos convergem no sentido de atuarem por compaixão ao próximo, acarretando uma morte sem dor ou sofrimento por meio da omissão na prestação, ou, na continuidade do tratamento. Todavia, divergem em um ponto central e estratégico, ou seja, no início do processo de morte. Enquanto na ortotanásia a causa do evento morte já se iniciou, na eutanásia passiva a omissão é que causará o resultado.

Entende-se da mesma forma. Na eutanásia passiva há a antecipação da morte, ocorrida pela omissão médica, e na ortotanásia, a morte ocorre naturalmente, a seu tempo, com a imposição de todos os cuidados paliativos necessários ao deslinde do final da vida da maneira mais humanizada possível.

Ainda, Fürst (2018) entende serem basicamente três os motivos para que se considere, erroneamente, a ortotanásia como eutanásia passiva: o primeiro deles está ligado à natureza da ação, exposto acima, ou seja, a eutanásia (mesmo que passiva) abrevia a vida que poderia continuar, e a ortotanásia não abrevia a vida, pois a vida não continuaria. A ortotanásia acontece justamente pelo esgotamento da vida. O segundo motivo diz respeito ao fato de que a ortotanásia não é uma omissão de intervenção terapêutica, mas é uma alteração no modo de intervenção terapêutica, em que não se busca o combate à doença, mas o bem-estar do paciente de modo que a morte ocorra de forma serena. Na ortotanásia, os cuidados paliativos passam a ser utilizados. Por fim, o último motivo apontado pelo autor é a possibilidade de criminalização da ortotanásia. Segundo argumenta, como a eutanásia no Brasil é considerada crime, e caso a ortotanásia fosse considerada uma eutanásia passiva, haveria essa possibilidade.

Conforme exposto, entende-se como distintas as condutas que levam à eutanásia passiva e à ortotanásia, e, reitere-se, não se pretende aqui atribuir juízo de valor à eutanásia.

Quanto à ortotanásia, pensa-se ser a melhor forma de findar-se a vida, vez que ela tem como pressuposto a utilização de cuidados paliativos e está pautada da autonomia do titular da vida que está acometido por alguma enfermidade.

3 A AUTONOMIA NO PROCESSO DE MORTE: O PACIENTE COMO PROTAGONISTA

Uma vez vislumbrados terminologicamente, deontologicamente e juridicamente os cuidados paliativos, amalha-se a necessidade de que se conheça o direito ao exercício da autonomia do paciente na escolha dos cuidados paliativos em casos de terminalidade de vida³. De primeiro plano, ressalte-se a disposição da autonomia do paciente na própria Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, de 2005, que aduz, no artigo 5, consonante à autonomia e responsabilidade, que:

“Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.”

No mesmo sentido é a ideia do consentimento, ou seja, trabalhando-se a ideia da autonomia, chega-se também à necessidade, exposta pela própria Declaração, Artigo 6, alínea “a”, do consentimento do paciente para as práticas médicas (tratando-se, obviamente, de sujeitos com a capacidade para discernir). Veja-se:

³ Importante abordar que o presente ensaio não pretende entrar no mérito do testamento vital, que é uma importante categoria vinculada à autonomia em casos de terminalidade de vida, nem das diretivas antecipadas de vontade. Busca-se a explicitação da autonomia para escolha e determinação dos cuidados paliativos quando o paciente consegue expressar, no momento oportuno, o seu direito à autonomia decisória. Por oportuno, esclarece-se que, de acordo com Dadalto (2020), as diretivas antecipadas de vontade são gênero de documentos de explicitação/manifestação da vontade para a realização de cuidados e tratamentos médicos. Conforme a autora, a sua criação se deu na década de 1960, nos Estados Unidos da América. Segundo o que explicita, desse gênero emanam duas espécies: o testamento vital e o mandato duradouro (procuração para cuidados de saúde), que, quando previstos em um só documento, são justamente denominados de diretivas antecipadas de vontade. O testamento vital se coaduna, então, em um documento, redigido por uma pessoa que esteja no pleno gozo das faculdades mentais, com o fito de dispor sobre os cuidados, tratamentos e procedimentos que quer ou não ser submetida quando se encontrar em situação de doença que ameace a vida, fora de possibilidades terapêuticas, e sem possibilidades de manifestação da vontade. Por sua vez, o mandato duradouro se configura na nomeação de uma pessoa que seja da confiança daquele que outorga, que deverá ser consultada pelos médicos, na iminência da tomada de alguma decisão acerca dos cuidados médicos, ou quando seja necessário esclarecer alguma questão sobre o testamento vital, e o outorgante estiver impossibilitado de manifestar a vontade. A pessoa incumbida decidirá, assim, conforme a vontade do paciente (entretanto, é possível a confecção do testamento vital sem a nomeação do denominado “procurador de saúde”).

Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

Há, obviamente, guarida constitucional à autonomia do paciente, quando se fala na autonomia enquanto parte do direito fundamental à liberdade e do direito fundamental à privacidade (vida privada). Nas normas infraconstitucionais, a previsão igualmente existe, isso se levados em consideração os direitos da personalidade previstos no Código Civil de 2002, que abarcam o direito ao próprio corpo e, por via de consequência, o direito à autodeterminação corporal como um direito da personalidade (lembrando sempre que o rol do Código Civil que destaca os direitos da personalidade é meramente exemplificativo).

Em bioética, a autonomia é um dos princípios. Aliás, necessário mencionar que o princípio consagrou-se a partir da elaboração do Relatório Belmont (*Belmont Report*), estruturado no Centro de Convenções Belmont, no Estado de Maryland, Estados Unidos da América, no ano de 1978, pela Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*) – comissão essa instituída pelo governo americano em 1974, de acordo com Silva (2012).

Tal relatório foi pensado, inicialmente, para a proteção em face das discrepâncias cometidas nos experimentos científicos envolvendo seres humanos, ou seja, a referida comissão foi constituída para identificar princípios capazes de alicerçar a experimentação que envolvesse seres humanos, de acordo com Pessini e Barchifontaine (2000). Porém, conforme explicita Silva (2012), o relatório Belmont elevou-se à declaração principialista da reflexão bioética, levando influências para muito além dos experimentos aludidos, já que pautado na aceitação de três princípios éticos.

Assim, levando-se em consideração que não existe ação humana autônoma se não houver prévio consentimento livre e informado, identificam-se três princípios no relatório: o respeito pela pessoa (autonomia), que engloba a convicção de que todos os indivíduos carecem ser tratados com autonomia e a convicção de que as pessoas que tenham autonomia diminuída ou estejam em desenvolvimento necessitam ser protegidas - vulnerabilidade; a beneficência (não causar danos, maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos); e a justiça (neutralidade na questão da distribuição dos riscos e benefícios)⁴. O princípio do respeito às

⁴ Com o intuito de esclarecimento, necessário que se comente que o quarto princípio, coadunado na não maleficência, que expressa que as pessoas, de maneira intencional, ou seja, por sua própria vontade, deixem de

pessoas (autonomia), e o princípio da beneficência, advieram das propostas de H. Tristram Engelhardt, e o princípio da justiça foi proposto por Tom L. Beauchamp, participante da comissão de elaboração do relatório.

Aliás, o princípio da autonomia foi concebido tendo em vista a proteção da dignidade pessoal. Assim, uma vez consagrado, formalizou-se como um marco histórico nas transformações da ética médica paternalista, em favor do consentimento livre e esclarecido. Ribeiro (2006) argumenta, inclusive, o hodierno empoderamento do paciente sobre sua saúde, o *empowerment health*. O paciente conquistou o poder de tomar decisões sobre sua saúde e sobre sua própria vida, passando de sujeito passivo a titular do direito. Por sua vez, o profissional da saúde passa de sujeito ativo a titular de uma obrigação. Antes soberano na tomada de decisões clínicas, o profissional da saúde migra ao papel de conselheiro, dialogando francamente com o paciente, este sim titular do direito de tomá-las, a partir do esclarecimento que lhe é devido. Os autores Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves (2018), elencam, ainda, a autonomia (privada, para os autores), como um princípio do biodireito.

A resolução 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, igualmente, determinou o respeito à autonomia do paciente, no contexto da relação médico-paciente, abandonando a ótica paternalista, quando determinou o acolhimento às diretivas antecipadas de vontade (e à ortotanásia, enquanto morte ocorrida a seu tempo), e ainda antes, em 2006, com a Resolução 1.805/2006, que determinou que o médico pode limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente (opondo-se à distanásia), garantindo os cuidados necessários ao alívio dos sintomas que levam ao sofrimento, respeitando a vontade do paciente (ou de seu representante legal)⁵.

Volta-se, assim, ao exposto:

Deve-se, assim, primar pela conduta de preservação da dignidade pessoal do enfermo, evitando-se seguir dogmas impostos, e buscar, sempre que possível, preservar, da mesma forma, a autonomia da vontade de referido paciente, seja colocando em prática a ortotanásia, por meio de cuidados paliativos, seja seguindo com um tratamento,

executar ações que possam vir a causar danos, foi proposto na obra “Princípios de Ética Biomédica” (*Principles of Biomedical Ethics*), publicada no ano de 1979, por Tom L. Beauchamp e James F. Childress. A bioética principialista teve como precursores os autores mencionados, com a publicação da obra referida. Saliente-se, como mencionado alhures, que Tom L. Beauchamp fez parte da comissão que elaborou o Relatório Belmont.

⁵ Tal resolução foi objeto da Ação Civil Pública nº 0001039-86.2013.4.01.3500, proposta pelo Ministério Público Federal, que buscou a suspensão da sua aplicação, questionando a constitucionalidade do documento. Em tal ação, os pedidos foram julgados improcedentes pela Justiça Federal de Goiás, na sentença proferida pelo Juiz Federal Substituto Dr. Eduardo Pereira da Silva, tendo em vista a resolução estar em consonância com o respeito à autonomia do paciente, e ir ao encontro da vedação da submissão a tratamento desumano ou degradante (segundo se afeere da decisão, publicada no dia 02 de abril de 2014).

ainda que inútil em termos de cura, seja ainda, cessando-o (FREITAS; ZILIO, 2015, p. 504).

No mesmo norte é o entendimento de Santos et al. (2019, p. 180) para quem “[...] as dificuldades inerentes à terminalidade de vida não podem ser potencializadas pela falta de assistência, vez que o processo de morrer só será digno quando a autonomia do paciente for respeitada e houver acesso a recursos e informações [...]”.

Assim sendo, pode-se verificar a priorização da autonomia do paciente em detrimento, como mencionado alhures, de uma antiga ótica paternalista da medicina, ou seja, hodiernamente tem maior peso a relação médico-paciente e a tomada de decisão partindo desse pressuposto, do que a decisão estar amparada unicamente no que o médico, sozinho, determina para o caso.

Note-se: a autonomia do paciente é a autonomia humana existencial, a qual se prefere denominar de autonomia decisória, porque representa toda a perspectiva do paciente em relação à vida, seu passado, seu modo de entender o contexto de realização de sua existência, e isso não quer dizer que o relacionar-se com o mundo não seja importante aqui, muito pelo contrário, todo o contexto é preservado quando preservada a noção de autonomia, ou seja, inclinações éticas, morais, religiosas, filosóficas, tudo é levado em conta quando em mente o respeito à privacidade para decidir, consubstanciada em sua autonomia decisória.

4 A MORTE: VISÃO HISTÓRICA E COMPREENSÃO EXISTENCIAL

Como mencionado alhures, é claro que o direito à vida tem previsão constitucional clara como direito fundamental⁶, e de certo que a construção de um projeto de vida está imbuída no âmago do direito fundamental à vida, mas parece claro o fato de que, se é assim, a morte tem igual proteção. Ora, parece soar estranha a sentença precedente. Como pode o direito à vida ter proteção, e a morte ser incluído no próprio cenário de proteção do direito à vida? É isso mesmo, se há proteção constitucional à vida, protege-se também o seu último ato, que é morrer. Daí a importância dos cuidados paliativos prestados ao paciente terminal: se os cuidados paliativos se incluem no manto de proteção do direito fundamental à saúde⁷, incluem-se igualmente

⁶ 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 [...].

⁷ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição [...].

naquele do direito à vida. Assim, a interrupção de um tratamento obstinado e o início de um tratamento que dignifique a morte têm notável proteção constitucional.

Aqui, imprescindível mencionar-se as palavras de Pessini (2003), que afirma que o ser humano busca incansavelmente a felicidade de uma vida longa com dignidade, e não exclusivamente a sobrevivência. Ocorre que, com as hodiernas possibilidades de manutenção da vida, em um lance de "ilusão utópica", para trazer as palavras do próprio autor, pode-se até, de forma estratégica, trazer a negação da realidade do morrer, como se ela não fizesse parte do processo de existir e agir, e como se os seres humanos fossem imortais. Em suas palavras, assim pensar não passa de insensatez, uma vez que as pessoas morrem, e clamam por dignidade nesse momento. Pondera que há muito o que ser feito para que todos compreendam que o morrer com dignidade é uma decorrência do viver com dignidade. Assim, para que se tenha um direito à morte humana, ou digna, há que se garantir um direito a uma vida humana, ou digna, e não uma mera sobrevivência regada de sofrimento. Igualmente, da mesma forma como as pessoas são cuidadas para nascer, precisam também ser cuidadas para morrer, pois a vida humana, tanto no início quanto no final, é vulnerável e precisa ser tratada com o máximo cuidado. O que deve ocorrer, em termos de cuidados paliativos, é a solidariedade, e não, como outrora, o paternalismo.

O que ocorre é que o acontecimento morte parece que cada vez mais tornou-se um tabu, e vislumbrá-la como algo natural mostra-se cada vez mais complexo. Neste mesmo norte, afirma Fürst (2018, p. 133) que:

A morte moderna tornou-a complexa. A mudança de lugar do morrer não implicou simplesmente a alteração física, tampouco apenas alterou os personagens que circulam o moribundo e a ritualística da morte. A morte moderna implicou a alteração de postura social e individual com o morrer, criando um novo paradigma que retira do ciclo da vida o ato de morrer, como se morrer não fosse natural. Em reflexo a isso, as biotecnociências se debruçam a produzir novas formas de dominar a vida, em uma luta imaginária contra a morte. Os avanços científicos que inegavelmente propiciaram melhor qualidade de vida, possibilitaram, também, compreender o sofrimento humano no fim da vida, bem como instrumentalizaram a exclusão da morte no ciclo da vida por meio da obstinação terapêutica. Esses dois parâmetros, o compreender do sofrimento da morte e a instrumentalização da obstinação terapêutica na luta contra a morte, tornaram o morrer um ato complexo, afinal, se há sofrimento, deve-se abreviar a vida? Ou se há conhecimento científico suficiente, deve-se prolongar a vida? Ou ainda, quando deixar de intervir para que a morte seja em seu tempo correto?

O mesmo autor argumenta no sentido de que não haveria a necessidade do debate em torno da ortotanásia caso a morte não tivesse o que ele chama de “deslugar” na sociedade contemporânea. Acredita-se que o deslugar, mencionado pelo autor seja quase que uma fuga ao assunto, um deixar-se de lado o pensar e o refletir acerca da morte, justamente o momento que

deveria ser mais discutido porque é precisamente ele que faz com que a vida tenha sentido, porque é, o ser humano, como lembrado por Heidegger (2005), um ser para a morte. Veja-se o que Fürst (2018, p. 138) menciona, ainda, sobre o modo como a morte pode ser vista atualmente:

Com o desenvolvimento dos recursos destinados à manutenção e ao prolongamento da vida, a nova morte é conduzida em hospitais, medicamente monitorizada e controlada, silenciada e escondida. O local da morte agora é esterilizado, frio, e o paciente está conectado não às mãos de seus entes queridos, mas a tubos, isolado do mundo e do tempo, pois ali o tempo não passa, o dia não anoitece.

De fato, o enfrentamento da hora da morte e de tudo o que circunda o seu acontecimento não é uma tarefa nada fácil. A morte é um momento que causa, ainda, quando nela se pensa, um misto de sensações e sentimentos, sempre cumulados com um quê de dúvida, de medo e de angústia. A bem da verdade, a morte é o momento mais íntimo e solitário que o ser humano pode experimentar. À vista disto, o a inquietação é premente no que se relaciona à possibilidade de que a vivência deste momento aconteça mediante o respeito à vontade do indivíduo, aos seus valores e suas crenças, na hora e da forma determinados por ele, e mais condizentes com o seu compromisso de vida. Isso porque, a morte deve ser vivida, a morte é o culminar da vida, é o ato de vida mais importante porque encerra o caminho trilhado até ali, é um viver, um viver o desfecho.

Assim, está-se aqui tratando sobretudo do direito de viver que, segundo Kloepfer (2005), engloba as existências corporal, biológica e física, que é crucial para que a pessoa desfrute dos demais direitos fundamentais e, note-se que tal proteção diz respeito à vida individual, para além da costumeira compreensão da vida de um ponto de vista geral, e deve ser interpretada, assim, para além dos sentidos biológico e fisiológico. Assim é, também, o entendimento de Texeira e Sá (2018, p. 244):

Quando se trata do exercício de liberdades existenciais – mesmo que elas se refiram ao processo do morrer – é a consciência individual que deve estar no comando. Atitudes paternalistas – mesmo que expressem a solidariedade social – são ilegítimas, sob pena de se violar de forma imediata a dignidade da pessoa humana. Por isso, a forma do morrer deve respeitar a trajetória biográfica de cada um, razão pela qual não podem ser impostos tratamentos que violem as convicções individuais, pois o governo da própria vida e da própria morte deve ser gerenciado pela livre decisão do interessado⁸.

⁸ As autoras afirmam que os cuidados paliativos derivam (também) do princípio constitucional da solidariedade, ou seja, são abarcados pela proteção constitucional emanada de tal princípio. Além dele, a sua opção, pelo paciente, decorre do que elas chamam de princípio da autonomia, o que corrobora o exposto no presente ensaio.

Aqui é que se precisa voltar, então, ao argumentado acima: morrer não precisa ser um ato complexo. Não, não é fácil lidar com o fim, mas a morte também não precisa ser vista como um grande inimigo a ser vencido. Cuidar da vida para que ela tenha o seu desfecho naturalmente, livre de obstinações terapêuticas ou de procedimentos que retardem inutilmente esse processo. Há um limite - t^ênue, mas existente – entre tratar o paciente terminal e postergar o momento da morte, inutilmente. Reconhecer o fim e fazê-lo belo pode, e deve ser uma escolha.

Por fim, então, reiteram-se aqui as palavras de Kubler-Ross (1996, p. 286-287) para quem:

Aqueles que tiverem a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo, com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes no céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. Ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso delimitado período de vida. Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos; ainda assim, nesse curto espaço de tempo, muitos de nós criam e vivem uma biografia única, e nós mesmos tecemos a trama da história humana.

A tranquilidade de deixar ir, de permitir com que naturalmente o corpo se despeça da vida, com todos os modos de cuidado possíveis para que isso ocorra de forma digna e com o menor sofrimento possível é a plena realização do direito à vida em sua dimensão mais humanizada. Daí a união de esforços bioéticos, médicos e jurídicos para que isso possa ser possível. É preciso que se compreenda, como o já pontuado pensamento Heideggeriano expressa, que a vida é um deslinde até a morte: a morte é o destino, e é isso que dá sentido à existência humana. Perceba-se o quanto é importante entender a finitude, e é importante mais ainda para que não se permita o sofrimento desnecessário do prolongamento do processo de morte, e para que se aceite que morrer é um processo do bem viver. Aqui, são imprescindíveis os cuidados paliativos, o proporcionar o melhor fim, o entender que a jornada acabou, e que todos em volta podem fazer com que a conclusão dessa jornada seja especial, inclusive porque, natural.

5 CONCLUSÃO

O viver e o morrer sempre causaram inquietações no ser humano. O morrer, principalmente. No ensaio ora apresentado, buscou-se apresentar o dilema da ortotanásia e

daqueles que são pressupostos para a sua realização: os cuidados paliativos. O problema girou em torno da explicitação destes como instrumento para a efetivação da autonomia decisória dos pacientes e como forma de realização da morte com dignidade, em seu tempo. Com o deslinde do ensaio ora apresentado, assim, algumas conclusões podem ser tiradas, e que serão apresentadas a seguir.

a) Mister que se entenda que a ortotanásia não é prática regulamentada especificamente por lei, ou seja, não há uma regulamentação jurídica ao tema, porém, existem normas deontológicas que permitem a prática.

b) Juridicamente, ainda, a ortotanásia não é proibida, e inclusive já houve decisão judicial nesse sentido, como exposto no decorrer do texto. Apesar disso, não se tem dúvidas de que ela encontra supedâneo na Constituição Federal de 1988, mormente porque totalmente embutida na proteção conferida pelos direitos fundamentais à privacidade, à autonomia, à saúde, à vida, e por evidência, ao princípio da dignidade da pessoa humana. O mesmo se diz dos cuidados paliativos, que são o meio adequado para que se chegue à ortotanásia, como mencionado em reiteradas oportunidades no decorrer do ensaio.

c) Por fim, como conclusão final emanada dos resultados da pesquisa, tem-se que para que seja efetivamente posta em prática a ortotanásia, corporificada nos cuidados paliativos em fim de vida, primordialmente deve ser respeitada a autonomia do paciente, expressa mediante seu total direito à informação, inerente à construção do poder de autodeterminação.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A vida é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BRASIL. **Código Civil**. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 18 nov. 2020.

_____. **Constituição**: República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Justiça Federal do Estado de Goiás. **Ação Civil Pública 0001039-86.2013.4.01.3500**. Disponível em: <<https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?proc=00010398620134013500&secao=GO&pg=1&enviar=Pesquisar#>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. Resolução 1.805, de 9 de novembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção I, p. 169. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 18 nov. 2020.

_____. Resolução 1.995, de 9 de agosto de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção I, p. 269-270. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

DADALTO, Luciana. **Diretivas antecipadas de vontade**: testamento vital e mandato duradouro. 2016. Disponível em: < <https://www.testamentovital.com.br/sobre>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

FREITAS, Riva Sobrado de; ZILIO, Daniela. Da distanásia à eutanásia: refletindo a dignidade de viver e de morrer. In: MARCO, Cristhian Magnus de; KRAVETZ, Rafaella Zanatta Caon. **Diálogos sobre direito e justiça**: coletânea de artigos 2015. Joaçaba: Editora Unoesc, 2015. p. 495-508.

FÜRST, Henderson. **No confim da vida**: direito e bioética na compreensão da ortotanásia. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados Paliativos. **Revista Estudos Avançados** [online]. v. 30, n. 88. 2016, p. 155-166. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 nov. 2020.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**: parte II. Tradução Márcia Sá Cavalcante Schuback. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

KLOEPFER, Michael. Vida e dignidade da pessoa humana. In: SARLET, Ingo Wolfgang (org.) **Dimensões da dignidade**: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 153-184.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os pacientes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios pacientes. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1996. Tradução de: On death and dying.

PESSINI, Léo. A eutanásia deveria ser legalizada? Não. Dizer adeus à vida com dignidade. **Folha De São Paulo Opinião**. São Paulo: 2003. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz0410200310.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

_____; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, 2006.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito**. 4. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2018.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2010. 188 p.

SANTOS, S. C.; CAVALCANTE, C. M.; SARSUR, M.; DADALTO, L. Cuidados paliativos e uso medicinal da Cannabis sativa, fronteiras jurídicas, médicas e bioéticas. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 14, n. edsup, p. 180, 12 abr. 2019. Disponível em:<
<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26350/23104>>. Acesso em: 29 nov. 2020

SILVA, Reinaldo Pereira e. Biodireito: o novo direito da vida. In: WOLKMER, Antonio Carlos; LEITE, José Rubens Morato (Org.). **Os “novos” direitos no Brasil**: natureza e perspectivas – uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 257-281.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Cuidados Paliativos: entre autonomia e solidariedade. **Revista Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 23, n.1, 2018, p. 240-258. Disponível em:<
<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/13037/7453>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

UNESCO. **Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em:<
<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=17>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. 2020. Disponível em:<
<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>>. Acesso em: 23 nov. 2020.