

**XXIV CONGRESSO NACIONAL DO  
CONPEDI - UFMG/FUMEC/DOM  
HELDER CÂMARA**

**BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II**

**LEANDRO MARTINS ZANITELLI**

**MÔNICA NEVES AGUIAR DA SILVA**

**SILVANA BELINE TAVARES**

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria – Conpedi**

**Presidente** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS

**Vice-presidente Sudeste** - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM

**Vice-presidente Nordeste** - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR

**Vice-presidente Norte/Centro** - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP

**Secretário Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC

**Secretário Adjunto** - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

#### **Conselho Fiscal**

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG /PUC PR

Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches - UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)

Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

**Representante Discente** - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

#### **Secretarias**

**Diretor de Informática** - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC

**Diretor de Relações com a Graduação** - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU

**Diretor de Relações Internacionais** - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC

**Diretora de Apoio Institucional** - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC

**Diretor de Educação Jurídica** - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM

**Diretoras de Eventos** - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA

**Diretor de Apoio Interinstitucional** - Prof. Dr. Vladimir Oliveira da Silveira – UNINOVE

---

B615

Biodireito e direitos dos animais II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFMG/  
FUMEC/Dom Helder Câmara;

coordenadores: Leandro Martins Zanitelli, Mônica Neves Aguiar Da Silva, Silvana Beline  
Tavares – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-079-4

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: DIREITO E POLÍTICA: da vulnerabilidade à sustentabilidade

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Biodireito. I. Congresso  
Nacional do CONPEDI - UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara (25. : 2015 : Belo Horizonte,  
MG).

CDU: 34



# XXIV CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI - UFMG/FUMEC /DOM HELDER CÂMARA

## BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

---

### **Apresentação**

No Congresso deste ano, o GT teve a apresentação de boa quantidade de trabalhos sobre direitos dos animais, a sugerir a conveniência, em um futuro próximo, de um grupo próprio para esse tema. Entre os trabalhos apresentados, vários versam sobre a discussão basilar, mas, não obstante, pertinente, dada a situação atual do direito brasileiro, sobre os animais como pessoas ou sujeitos de direitos. É o caso dos trabalhos de Paula Maria Tecles Clara e Paula Cristiane Motta Sales ("Os animais como sujeitos de direito"), Samory Pereira Santos ("Os animais como sujeitos de direitos fundamentais"), Carolina Maria Nasser Cury e Lais Godoi Lopes ("Para além das espécies: a busca por um conceito juridicamente adequado para os animais no direito brasileiro") e Mariana de Carvalho Perri ("Dignidade para animais não humanos: uma questão de justiça"). Outros trabalhos se debruçam sobre temas mais pontuais, como o de Cristian Graebin e Selma Rodrigues Petterle ("A aplicação dos princípios constitucionais ambientais de precaução e prevenção em relação ao animal não humano"), sobre a ressignificação dos princípios constitucionais da precaução e da prevenção tendo em vista o imperativo da consideração aos interesses dos animais, e os de Rafael Speck de Souza ("Experimentação animal na sociedade de risco e a violação do princípio da igual consideração de interesses"), Roberta Maria Costa Santos ("Experimentação animal: uma análise à luz da ética animal e da Constituição Federal de 1988") e Lucia Frota Pestana de Aguiar Silva ("Habermas e o futuro da natureza humana diante da ética animal: utilização oblíqua da doutrina habermasiana em justificativa a comitês de ética e experimentação animal"), sobre a permissibilidade e limites do uso de animais em experimentos.

Carolina Belasquem de Oliveira e Thais Garcia Jeske no artigo Saúde mental no Brasil a partir de uma perspectiva da bioética buscam a partir da visão focaultiana refletir acerca da autonomia dos pacientes com transtornos mentais lembrando que estes e o tratamento dos pacientes com transtornos psiquiátricos é algo que deve ser debatido atualmente. Trazem a reflexão acerca da reforma psiquiátrica em conjunto com os princípios estruturantes da bioética, ressaltando as diferenças para os pacientes acometidos pela doença antes e depois da Lei 10.216/2001.

O artigo Transexualidade, biodireito e direito de família: a necessidade de valorização da autonomia privada escrito pelas autoras Ariete Pontes De Oliveira e Iana Soares de Oliveira Penna pretende analisar algumas implicações da transexualidade no Direito de Família, a

validade do casamento após a cirurgia de mudança de sexo, a alteração do registro civil dentre outras questões utilizando como fundamento princípios constitucionais e do Direito de Família, sob o marco do Estado Democrático do Direito e a dignidade da pessoa humana.

Corpo e subjetividade na transexualidade: uma visão além da (des)patologização artigo de Leonardo Canez Leite e Taiane da Cruz Rolim tem como objetivo, discutir a transexualidade no contexto das políticas de saúde pública no Brasil, frente à luta pelo reconhecimento de transexuais. Buscou-se problematizar as diferentes classificações e intervenções que foram decisivas na estruturação da transexualidade enquanto transtorno de identidade de gênero, atenuando as possibilidades de ditos da transexualidade a uma patologia, lembrando que, toda construção política dos corpos desvela e articula sexualidade, gênero e direitos humanos com ênfase na construção de uma democracia pós-identitária.

No artigo Uma reflexão sobre a tutela jurídica do embrião humano e a questão do aborto no Brasil, Lília Nunes Dos Santos discorre sobre o início da vida e de sua natureza propondo pesquisar sobre os dados apresentados pelas ciências biomédicas a respeito do início do ciclo vital e abordando as considerações jus filosóficas acerca do momento em que o homem passa a existir. À luz da Constituição Federal, do Código Civil e do Código Penal pátrios observou-se segundo a autora a proteção e a tutela do direito à vida e à existência do nascituro em torno da problemática sobre a descriminalização do aborto.

Antonio José Mattos do Amaral e Rogério Sato Capelari no artigo Da imperiosa necessidade de alteração do Art. 58 da Lei 6.015/1973: um registro público de respeito à transexualidade e o direito ao nome social sem a intervenção do poder judiciário retratam o problema da discriminação, intolerância e discriminação sofrida pelos transexuais em seu cotidiano, apresentando-se o imperativo de alteração de nome sem a necessidade do transexual se submeter a um processo de transgenitalização por considerar que tal procedimento não se faz necessário para registrar paz e conforto em sua condição de transgênero.

Em Uma resposta para o dilema da internação compulsória do dependente químico à luz da bioética latino-americana as autoras Mônica Neves Aguiar Da Silva e Jessica Hind Ribeiro Costa fazem uma reflexão acerca das complicações decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas e o dilema referente a necessidade (e efetividade) da internação compulsória. Propõem as autoras a construção de um contraponto entre a autonomia individual dos dependentes químicos e a situação de extrema vulnerabilidade em que vivem.

Os autores Danilo Zanco Belmonte e Edgar Dener Rodrigues no artigo Direitos fundamentais e a proteção jurídica do embrião in vitro buscam, por meio de pesquisa bibliográfica,

investigar a partir do processo de reprodução humana assistida, na modalidade in vitro, o problema quanto à eliminação de embriões excedentes contraposto com o direito à vida. Perquiriram qual a situação jurídica do embrião desta maneira concebido para o direito, bem como, se são detentores de direitos fundamentais, em especial o direito à vida.

O artigo Parto anônimo ante aos direitos humanos e fundamentais de Roberta Ferraço Scolforo e Juraciara Vieira Cardoso tem por objetivo examinar o instituto do parto anônimo, visando à compreensão do conceito e do histórico da roda dos expostos, por meio do estudo do Direito Comparado e de sua evolução no Brasil, além de estudar o princípio da dignidade da pessoa humana e sua aplicação quando se está diante de uma relação afetiva, parental e acima de tudo sanguínea, analisando os direitos fundamentais da criança e os pontos polêmicos do parto anônimo no Brasil.

Utilizando categorias como corpo, gênero, sexo, invisibilidade social e intersexualidade a partir do método pós-estruturalista de matriz foucaultinana, o artigo Os corpos refeitos: a intersexualidade, a prática médica e o direito à saúde de Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira tem por objetivo discutir como a prática médica atua sobre os corpos intersexuais a partir das cirurgias de normalização do sexo, e, se estas violam o direito à saúde das pessoas com anomalia no desenvolvimento sexual, partindo da premissa que o direito à saúde é direito humano protegido pelo direito interno e internacional.

Rodrigo Róger Saldanha e Larissa Yukie Couto Munekata em O tráfico de órgãos e tecidos no direito brasileiro têm por objetivo analisar a lei que regula a matéria de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante e tratamento - Lei nº 9.434/97, bem como o artigo 199, §4º da Constituição Federal. Trataram ainda sobre a questão da comercialização de tecidos, especialmente de medula óssea, como uma forma de disposição voluntária que segundo os autores deveria ser legalizada; as espécies de transplantes e o tratamento anterior à Lei nº 9.434/97.

Relevante, igualmente, a produção concernente a questões de autonomia e capacidade bioética. Nesta seara, debruçou-se Iara Antunes de Souza ao revisar a teoria das incapacidades à luz do novíssimo Estatuto da pessoa com deficiência, trazendo tese sobre o tema que certamente irá auxiliar a interpretação das novas normas legais. Examinando a autonomia no final da vida, Maria de Fátima Freire de Sá e Pedro Henrique Menezes Ferreira fazem interessante paralelo entre a Colômbia e a Bélgica a partir do estudo de caso. E Amanda Souza Barbosa enriquece a doutrina brasileira sobre o tema ao nos brindar com seu artigo O necessário (re)pensar do tratamento jurídico conferido às decisões sobre o fim da vida no Brasil: contribuições a partir de Dworkin, Beauchamp e Childress.

Ainda no viés do estudo sobre a autonomia, Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann nos apresenta hipótese em que a vulnerabilidade acrescida deu ensejo a um dos casos mais polêmicos envolvendo experimentação em crianças nos EUA. Natália Petersen Nascimento Santos, por sua vez, constrói a tese da existência de ficção de respeito à autonomia quando envolvida a exploração do sujeito nas pesquisas clínicas com humanos.

Outros trabalhos, igualmente consistentes e de reconhecida utilidade acadêmica merecem ser apresentados: Sociedade de Risco, Bioética e Princípio da precaução de Marcelo Pereira dos Santos; A criação e a utilização dos bancos de perfis genéticos para fins de persecução criminal no Brasil: uma análise através da Bioética e do advento da lei 12.654/2012 de Carlos Eduardo Martins Lima; Submissão obrigatória à identificação do perfil genético para fins criminais: uma abordagem à luz do direito à intimidade e da dignidade da pessoa humana, de George Maia Santos e Pedro Durão; Os perigos da biotecnologia à prática da medicina tradicional baseada em plantas e o papel do direito na garantia do direito à medicina tradicional, de Robson Antão de Medeiros; A eugenia liberal: um olhar a partir da obra "O futuro da natureza humana de Jürgen Habermas, de Riva Sobrado de Freitas e Daniela Zilio.

**A (RE)DESCOBERTA DA EUTANÁSIA NA AMÉRICA DO SUL A PARTIR DO CASO JOSÉ OVIDIO GONZÁLEZ CORREA: ENSAIO SOBRE A EFETIVAÇÃO NORMATIVA DA AUTONOMIA PARA MORRER NA COLÔMBIA E NA BÉLGICA.**

**EL DESCUBRIMIENTO DE LA EUTANASIA EN AMÉRICA DEL SUR DESDE EL CASO JOSÉ OVIDIO GONZÁLEZ CORREA: ESTUDIO SOBRE EL DERECHO A MORIR EN COLOMBIA Y BÉLGICA.**

**Pedro Henrique Menezes Ferreira  
Maria de Fátima Freire de Sá**

**Resumo**

O mundo acaba de descobrir o primeiro caso de eutanásia ativa direta realizado na América do Sul. Trata-se do desfecho da vida e do sofrimento do colombiano José Ovidio González Correa. Depois de uma década de convívio com o sofrimento causado por um câncer devastador Ovídio viu atendido seu pedido de morrer de forma digna. O óbito foi resultado de um requerimento firmado pelo próprio paciente que, no exercício de sua autonomia, renunciou os cuidados paliativos e o direito de continuar vivo. A efetivação da vontade de Ovídio só foi possível através de árdua batalha judicial fundada em dois precedentes da Corte Constitucional Colombiana. O protagonismo de José Ovídio se contrapõem ao anonimato de centenas de pessoas que morrem todos os anos nos hospitais e clínicas de países que, a exemplo da Bélgica, regulamentaram no início do século XXI o direito de morrer. O presente trabalho objetiva a investigação do modo como se dá a efetivação normativa da autonomia para morrer na Colômbia e na Bélgica através do estudo da legislação dos dois Estados acerca do tema. Espera-se, ao final, demonstrar as bases jurídicas que autorizaram o reconhecimento do direito de morrer com vias a indicar o caminho que o Brasil precisará trilhar para a efetivação de uma autonomia que se pretende democrática e plural.

**Palavras-chave:** Biodireito, Eutanásia, Autonomia privada, Colômbia, Bélgica

**Abstract/Resumen/Résumé**

El mundo acaba de descubrir el primer caso de eutanasia activa directa realizado en América del sur. Este es el final de la vida y el sufrimiento de José Ovidio González Correa. Después de una década con el sufrimiento causado por un cáncer devastador que Ovidio vio contestada su petición de morir en forma digna. La muerte fue el resultado de una petición firmada por el propio paciente que, en el ejercicio de su autonomía, renunció a los cuidados paliativos y el derecho a mantenerse con vida. La ejecución de la voluntad de Ovidio era solamente posible a través de la ardua batalla legal fundada en dos precedentes de la corte constitucional de Colombia. El papel de José Ovidio contrarrestar el anonimato de cientos de personas que mueren cada año en hospitales y clínicas en países como Bélgica, todavía a principios del siglo XXI el derecho a morir. El presente trabajo tiene como objetivo

investigar la manera de la ejecución las reglas de autonomía a morir en Colombia y en Bélgica a través del estudio de las legislaciones de los dos Estados sobre el tema. Esperemos que, al final, demostrar las bases jurídicas que han autorizado el reconocimiento del derecho a morir con las avenidas para indicar el camino que Brasil tendrá que caminar para poner una autonomía democrática y plural.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Bioderecho, Eutanasia, Autonomía privada, Colombia, Bélgica



## 1 INTRODUÇÃO

Em 2013 o cidadão belga Nathan Verhelst, à época com 44 anos, viu atendido seu pedido de morrer dignamente. Nathan nasceu menina, em uma família com três meninos, e se chamava Nancy. Logo após o nascimento, ocorrido em 1969, foi severamente rejeitada pelos pais, que desejavam mais um homem na família.

A rejeição familiar contribuiu para uma infância marcada por conflitos psicológicos e por uma busca incessante pela aceitação dos familiares. Na fase adulta Nancy, que havia se descoberto transexual, encontrou aquilo que aparentemente solucionaria seus dilemas: o processo de readequação corporal.

Entre 2009 e 2012 realizou três cirurgias, além de severo tratamento hormonal com objetivo de deixar seu corpo compatível com a estrutura corporal de um homem adulto. Findo o processo ‘Nancy’ deu lugar a ‘Nathan’, mas, psicologicamente, algo não mudou: a estranheza entre o sexo psíquico e o morfológico persistiram.

A aversão ao corpo modificado e a irreversibilidade dos procedimentos culminaram em estado de profunda angústia que, mais tarde, foi classificado por uma equipe médica de um hospital de Bruxelas como “quadro depressivo de caráter não temporário”. Em entrevista ao Jornal “Het Laaste Nieuws” o próprio Nathan afirmou que: “Eu havia preparado uma festa para comemorar o meu novo nascimento, mas na primeira vez que me vi no espelho, tive aversão pelo meu novo corpo”.

Com fundamento na alegação de ‘sofrimento psíquico insuportável’ Nathan firmou pedido de abreviação da vida pela via da eutanásia. Sua ‘angústia’ teve fim na noite de 30 de setembro de 2013, data em que, rodeado por amigos e familiares, morreu em um hospital localizado em Bruxelas depois de receber uma dose de um fármaco letal.

José Ovidio González Correa morreu no mês de julho de 2015, assistido por uma junta médica que lhe ministrou sedação com a aplicação de uma droga que lhe tirou a vida em Bogotá/ Colômbia.

Ovidio sofria de um câncer na boca diagnosticado em 2010. Passou por diversas sessões de quimioterapia e radioterapia. Perdeu parte de um osso do lado esquerdo do rosto. A evolução da doença o fez perder muitos quilos pela dificuldade na alimentação. Dores intensas, dificuldade na fala e, enfim, um *basta*. Segundo relatam os jornais, dono de um senso de humor ácido, Ovidio chegou a declarar que a morte parecia não gostar dele. O jeito, então, foi, conscientemente, buscá-la através de solicitação dirigida à Clínica *Oncólogos de Occidente* nos seguintes termos:

Señores Oncólogos de Occidente S.A. Yo, José Ovidio González Correa, con 79 años de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y de manera libre y voluntaria, manifiesto mi intención de que se me realice la eutanasia. La anterior solicitud la hago bajo la gravedad de juramento, con la convicción libre y absoluta del ejercicio de mi derecho fundamental a morir dignamente <sup>1</sup>

Se por um lado o caso de Nathan é apenas ‘um’ dos inúmeros relatos de morte mediante solicitação do paciente realizados rotineiramente na Bélgica – país onde a eutanásia representa 2% dos óbitos -, por outro, o desfecho da vida de Ovidio é o marco da primeira prática noticiada de eutanásia ativa na América Latina.

A possibilidade de deferimento do pedido de José Ovidio González Correa se deu em razão da Resolução n.1216 de 20 de abril de 2015, do Ministério da Saúde da Colômbia.<sup>2</sup> Os médicos marcaram a data da morte, convencidos de que Ovidio preenchia os requisitos determinados pela Sentença da Corte Constitucional da Colômbia, datada de 1997<sup>3</sup>, dentre eles estar em plenas condições psíquicas para o pedido e padecer de doença terminal. Já na Clínica, a quinze minutos da *última viagem*, surgiu a notícia de que o ato estava suspenso em razão de divergência de um dos membros de uma junta multidisciplinar. A solução veio na semana seguinte quando, enfim, Ovidio embarcou no *último vagão*.

Existe algo de assustador nas histórias de Nathan e de González? Impossível generalizar esse adjetivo em um mundo plural, em que muitos defendem e outros tantos condenam um pedido por uma morte piedosa.

O fato é que a caminhada não é curta e o debate está longe de um consenso. A discussão sobre a dignidade no morrer pode ainda ser um tabu para muitos, mas vem sendo escancarada pelos casos que se somam às primeiras notícias sobre o assunto, a exemplo do caso Nancy Cruzan, nos Estados Unidos da América<sup>4</sup>.

O movimento por legislações que amparem a eutanásia e ou o suicídio assistido acontece com sucesso. Muitos Estados dos Estados Unidos permitem a prática (Oregon, Whashington e Vermont); a Holanda e a Bélgica comumente são citadas como exemplos de países com legislação respeitável, além de a Suíça ser conhecida como um país que recebe pessoas de toda a parte para a prática do suicídio assistido, fato que instiga o debate acerca de um verdadeiro turismo para a morte.

---

<sup>1</sup> [http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/03/internacional/1435890823\\_266874.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/03/internacional/1435890823_266874.html), acesso em 17 de julho de 2015.

<sup>2</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución n. 1216 de 2015*. Disponível em: [http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia\\_resolucion-1216-de-2015.pdf](http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia_resolucion-1216-de-2015.pdf). Acesso em 12/07/2015.

<sup>3</sup> As decisões da Corte Constitucional serão expostas nesse artigo nos itens subsequentes.

<sup>4</sup> Além de outros como o caso Eluana Englaro, na Itália; Chantal Sèbire e Vincent Lambert, ambos na França; Aruna Shanbaug, na Índia; Valentina Maureira, no Chile; Nancy Fitzmaurice, na Inglaterra, dentre outros.

As barreiras geográficas e culturais que separam a América Latina da Europa não foram suficientes para barrar a disseminação do desejo de determinar a própria morte nas situações em que a manutenção da vida a todo custo já não mais atende o anseio pela vida digna.

O presente trabalho pretende investigar o modo como se dá o reconhecimento da autonomia para morrer na Bélgica e na Colômbia a fim de demonstrar em quais aspectos a efetivação normativa se aproxima ou distancia-se. Pretende-se também estabelecer uma relação entre a eutanásia e os cuidados paliativos de modo a conceber a existência (ou inexistência) de uma relação de dependência entre as referidas práticas médicas. Para tanto, adotou-se a técnica da revisão literária e do estudo comparativo da legislação e de outros atos normativos que regulamentam a prática da eutanásia e do suicídio assistido nos dois países.

## **2. DIREITO À MORTE DIGNA NO PARADIGMA COLOMBIANO: NOTAS ACERCA DA RESOLUÇÃO N.1216 DE 2015.**

O desfecho da vida de José Ovidio González Correa se deu com fundamento em decisão judicial proferida em 2014, na sentença T-970, de lavra da Corte Constitucional colombiana no julgamento do caso Júlia (nome fictício) *versus* Coomeva E.P.S.

Em 2008 Júlia foi diagnosticada com câncer. Mesmo tendo sido submetida a rigorosos tratamentos contra o câncer a paciente não apresentou melhoras, tendo evoluído para o quadro de metástase.

A batalha contra a doença foi travada por Júlia ao longo dos anos de 2009, 2010 e 2011. No ano de 2012, constatada a ineficiência dos tratamentos até então empregados, a equipe médica prescreveu vários ciclos de quimioterapia. Meses após ter iniciado o tratamento, Júlia manifestou a vontade de interromper as sessões de quimioterapia, dado o incômodo dos efeitos colaterais.

A suspensão da quimioterapia, que se por um lado trouxe melhor condição de vida para a paciente, por outro, permitiu a propagação do câncer por todo corpo de Júlia. Constatada a irreversibilidade da doença e a ausência de qualquer recurso médico capaz de cessar sua evolução, o médico oncologista responsável pelo tratamento sugeriu o ‘fim da batalha’ e o emprego de cuidados paliativos. Frente às duas opções (persistir no tratamento ou dar início aos cuidados paliativos) Júlia escolheu o terceiro caminho: morrer com dignidade.

A efetivação do pedido de Júlia, no entanto, dependia da superação de um entrave burocrático/ normativo. É que embora já existisse, na Colômbia, o reconhecimento do direito fundamental a morrer com dignidade (direito esse reconhecido na sentença C-239/97 da Corte

Constitucional), a efetivação de tal prerrogativa estava condicionada à regulamentação específica da matéria que, dentre outros pontos, deveria estabelecer as circunstâncias em que o médico poderia atender ao pedido de morrer com dignidade.

A ausência de regulamentação da prática da eutanásia na Colômbia, à época inexistente, fundamentou a negativa da equipe médica em atender o pedido formulado por Júlia. Descontente com a decisão a paciente recorreu ao Poder Judiciário a fim de ver atendido seu pleito. A pretensão de Júlia foi indeferida em primeira instância também sob o fundamento de que a negativa da equipe médica não ofendia direitos fundamentais da autora, pois até então não existia, naquele país, regulamentação legal sobre a eutanásia, devendo prevalecer o conteúdo normativo do art. 11 da Constituição Federal da Colômbia que assegura a inviolabilidade do direito à vida.

Interposto recurso contra a decisão aqui referenciada, o caso foi levado a julgamento perante a Corte Constitucional da Colômbia. Antes da data designada para apreciação do recurso a paciente veio a falecer. No entanto, a Corte persistiu no enfrentamento da questão tendo o feito na sentença T-970/14.

Ressaltamos que a decisão em análise está longe de ser o marco judicial que estabeleceu as premissas para o reconhecimento do direito de morrer de forma digna na Colômbia. O importante papel foi, sim, desempenhado quando da prolação da sentença C-239/97<sup>5</sup>. O mérito da sentença T-970/14 foi o de determinar ao Ministério da Saúde a criação de diretriz administrativa para a efetivação do direito de morrer dignamente. Tais diretrizes constam da Resolução no. 1216 de 2015.

Através do disposto na sentença T-970 de 2014 da Corte Constitucional, o Ministério da Saúde e Proteção Social foi instado a elaborar as diretrizes para organização e funcionamento de Comitês interdisciplinares para tornar efetivo o direito de morrer com dignidade, cuja atuação deve se dar nos casos e nas condições definidas nas sentenças C-239 de 1997 e T-970 de 2014<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> A Corte Constitucional colombiana estabeleceu na sentença C-239/97 que o caráter delitivo da conduta de homicídio estaria excluído desde que preenchidos os seguintes requisitos: a) o sujeito passivo deve padecer de enfermidade terminal que lhe cause sofrimento; b) o sujeito ativo deve ser um médico, haja vista a capacidade técnica deste em repassar ao sujeito passivo todas as informações necessárias; c) obtenção do consentimento livre e informado do sujeito passivo, capaz de compreender a situação em que se encontra. (SÁ, MOUREIRA, 2015, p. 6).

<sup>6</sup> Dentre os considerandos da Resolução n. 1216/2015 está: que dentro de las determinaciones adoptadas en la sentencia T-970, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que en el término de 30 días, contados a partir de la comunicación de la mencionada sentencia, “emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión”.

A Resolução é composta por dezenove artigos, divididos em quatro capítulos. Trataremos dos aspectos mais relevantes.

O artigo 2º define o paciente terminal como sendo o portador de uma enfermidade ou condição patológica grave, diagnosticada de maneira precisa por médico especialista. A doença deve ter caráter progressivo e irreversível, com prognóstico fatal próximo e em prazo relativamente breve, que não seja suscetível de tratamento curativo e de eficácia comprovada, que permita modificar o prognóstico de morte próxima; **ou** quando os recursos terapêuticos utilizados com fins curativos deixaram de ser eficazes. Portanto, a terminalidade da vida não necessariamente está ligada ao fator tempo, a uma data próxima à morte.

A atenção aos cuidados paliativos está configurada na Resolução do Ministério da Saúde. Segundo o artigo 4º, as pessoas em fase terminal têm direito aos cuidados paliativos, que visam à melhoria da qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares. A preocupação se verifica de forma ampla, global, com atenção aos aspectos psicopatológicos, físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Cabe à pessoa escolher o que melhor lhe atende, se a busca pelos cuidados paliativos ou o procedimento pela morte digna<sup>7</sup>.

Em outra oportunidade<sup>8</sup> já afirmamos que os cuidados paliativos integram o exercício do direito fundamental à saúde. O que está em debate é a possibilidade de efetivação normativa de personalidades que se constituem e se reconstituem em uma sociedade democrática, podendo a morte ser apresentada como um projeto da personalidade. Se a morte não é tratada pela pessoa como uma realidade do seu projeto biográfico, não há que se falar em imposição do morrer, sob pena de tal conduta se mostrar juridicamente indevida, tal como a negação da própria autonomia para morrer. A questão, portanto, é permitir que a própria pessoa defina quais possibilidades são capazes de efetivar a construção da sua personalidade. Ao Direito cabe reconhecer e efetivar tais escolhas. Nesse sentido, os cuidados paliativos se apresentam como alternativa médica para aqueles casos de terminalidade nos quais a pessoa não vislumbra a morte como uma possibilidade do seu projeto da personalidade.

A Resolução determina às Instituições Prestadoras de Saúde (IPS) que estejam habilitadas a oferecer hospitalização de média ou alta complexidade em oncologia, ou

---

(COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n. 1216 de 2015. Disponível em: [http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia\\_resolucion-1216-de-2015.pdf](http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia_resolucion-1216-de-2015.pdf). Acesso em 12/07/2015).

<sup>7</sup> Artículo 4º. (...) En todo caso, de manera previa a la realización del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, se verificará el derecho que tiene la persona a la atención en cuidados paliativos. Cuando la persona desista de la decisión de optar por tal procedimiento, se le garantizará dicha atención.

<sup>8</sup> Este assunto pode ser encontrado em: SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer*, 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. E também: LIMA, Taisa Maria Macena; SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Ensaíos sobre a velhice*. Belo Horizonte: Arraes, 2015.

serviços de atenção institucional e domiciliar a pacientes crônicos, incluindo cuidados paliativos, que criem um Comitê Interdisciplinar para o Direito de Morrer com Dignidade (art. 5º). A composição do Comitê deverá se dar por um médico especialista na doença que padece o solicitante, não podendo ser o médico que trata o paciente, um advogado e um psiquiatra ou psicólogo clínico (art. 6º). A designação dos mesmos será feita pela Instituição Prestadora de Saúde (IPS).

A objeção de consciência quanto ao procedimento de morte digna não poderá ser suscitada pelos integrantes do Comitê. Contudo, eventuais conflitos de interesses que porventura afetem as decisões devem ser manifestados.

A convocação do Comitê será feita pelo médico que recebeu a solicitação do paciente e, a partir daí, o procedimento é instalado com a realização de sessões presenciais e/ou virtuais para posterior decisão (arts. 9º, 10, 11, 12). Todos os requerimentos devem ter tramitação célere (art. 13.2).

Iniciamos este tópico trazendo o conceito de paciente terminal. Mas, além de estar nessa condição para solicitar o direito a morrer com dignidade, é necessário que o paciente seja maior de idade e capaz de expressar, de maneira livre e consciente, sua vontade. O consentimento também pode ser aferido através de diretivas antecipadas de vontade (art. 15).

No momento em que receber a solicitação, cabe ao médico do paciente explicar ou reiterar o direito aos cuidados paliativos como tratamento integral da dor, do alívio do sofrimento e outros sintomas (parágrafo, art.15).

### **3 A EFETIVAÇÃO NORMATIVA DO DIREITO DE MORRER NO PANORAMA JURÍDICO BELGA.**

A Lei Belga que regulamentou a prática da eutanásia ativa direta foi aprovada em 16 de maio de 2002, passando a vigorar em 20 de setembro do mesmo ano. Dentre outras disposições, a lei autorizou que os médicos fizessem procedimentos com a finalidade de induzir à morte um paciente que estivesse com quadro irremediável e incontornável de ‘sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável’, uma vez manifestada a vontade do paciente nesse sentido.

No entendimento de Regina Maria Reicher, a “eutanásia, no texto legal da nova lei belga, é definida como ato praticado por terceiro que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa a pedido desta, sendo que o terceiro envolvido é um médico” (REICHER, 2005, p. 81).

Pouco após a regulamentação da prática da eutanásia, a Bélgica regulamentou os cuidados paliativos que passaram a ser regidos por Lei vigente desde 5 de novembro de 2002.

A vinculação da eutanásia aos cuidados paliativos é um dos elementos distintos entre o tratamento dado ao tema pela Bélgica e por outros países que também reconhecem a autonomia para morrer.

Sobre a questão dos cuidados paliativos na Bélgica, Rafael Junquera de Estéfani e Javier de la Torre Díaz afirmam:

O caso belga apresenta um tema de grande interesse. A eutanásia e cuidados paliativos andaram quase lado a lado. Na verdade, a lei relativa aos cuidados paliativos, veio logo após a da eutanásia, tanto na sua aprovação (14.06.2002) como na sua entrada em vigor (05.11.2002). Nem a Holanda nem o Estado de Oregon essa conexão entre eutanásia e cuidados paliativos foi observada. (JUNQUERA DE ESTÉFANI;TORRE DÍAZ, 2014, p. 283, tradução livre).<sup>9</sup>

Na Bélgica, a eutanásia não deve ser considerada primeira opção para o alívio do sofrimento físico irremediável. Pelo contrário. A eutanásia somente pode ser empregada como último recurso, quando for demonstrada a insuficiência dos cuidados paliativos para o alívio da dor.

Passados 11 anos da permissão da eutanásia, a Bélgica ocupou as manchetes dos principais jornais do mundo em 13 de fevereiro de 2014. Nessa data foi legalizada, em uma votação que contou com 86 votos favoráveis, 44 contra e 12 abstenções<sup>10</sup>, o emprego da eutanásia por via de injeção letal em pessoas de qualquer idade, inclusive crianças, desde que estivessem presentes as seguintes condições: a) o paciente deve estar consciente de sua decisão e compreender o significado de eutanásia; b) ter o pedido aprovado pelos pais da criança e da equipe médica; c) ser a criança portadora de uma doença terminal com dores insuportáveis que não podem ser remediadas nem aliviadas pela via dos cuidados paliativos, e d) laudo de um psicólogo sobre a existência ou não de maturidade no paciente em quantidade suficiente para autorizá-lo a tomar decisões.

A gigantesca repercussão se deu, principalmente, pelo afastamento do critério objetivo da idade para a autorização da eutanásia (neste ponto Bélgica e Colômbia divergem, posto que no último país a eutanásia somente poderá ser ministrada em adultos capazes). Com a decisão, ficou permitido que os procedimentos sejam aplicados em crianças e adolescentes de qualquer idade quando existir consentimento dos pais ou dos responsáveis legais e tiverem sido preenchidos todos os requisitos acima elencados.

---

<sup>9</sup> El caso belga presenta un aspecto de gran interés. La eutanasia y los cuidados paliativos han caminado casi de la mano. En efecto, la ley relativa a los cuidados paliativos, siguió poco después de la eutanasia, tanto en su aprobación (14.06.2002) como en su entrada en vigor (05.11.2002). Ni en Holanda ni Oregon se cumplió esta conexión entre eutanasia y cuidados paliativos.

<sup>10</sup> Conforme matérias publicadas pela Folha de São Paulo (BÉLGICA..., 2014) e pela BBC Brasil (BIZZOTTO, 2014).

Ao retirar o limite de idade para que crianças e adolescentes pudessem buscar o encurtamento da vida e do sofrimento irremediável, a Bélgica assumiu uma posição mundial de vanguarda no campo da eutanásia por ter dado o mais radical tratamento ao tema. Em que pese o avanço da norma, é impossível que não se formule o seguinte questionamento: quais fatores poderiam levar uma pessoa a manifestar o desejo de morrer?

Estatísticas (CALDWELL2014) divulgadas pelo jornal *Sudpresse*<sup>11</sup> estimam que os médicos belgas eliminem uma média de cinco pessoas por dia pela via da eutanásia. Segundo a fonte do jornal, em 2013 foi registrado um aumento de 27% no número de casos de injeções letais, isso porque foram notificados 1.816 casos de eutanásia contra os 1.432 relatos em 2012. Dentre os pacientes que foram submetidos ao procedimento em 2013, 51,7% eram do sexo masculino e 48,3%, do sexo feminino. Em relação à faixa etária, constatou-se que os idosos – idade compreendida entre 70 e 90 anos – representaram 53,5% dos casos, enquanto que 21% tinham entre 60 e 70 anos e 7% tinham mais de 90 anos de idade. As pessoas com idade inferior a 60 anos correspondem a 15% dos casos de eutanásia. O levantamento aponta também que a eutanásia já representa aproximadamente 2% do percentual de mortes na Bélgica<sup>12</sup>.

Se, por um lado, o número de mortes consentidas desperta a atenção do mundo para a existência de uma ‘possível banalização’ da eutanásia no referido país, por outro, a situação é suficiente para demonstrar a legitimação/validação social da norma, pelo menos para uma considerável parcela da sociedade.

A autorização da eutanásia em crianças fez surgir, dentre outros questionamentos, os seguintes: em quais circunstâncias os pais poderiam autorizar a morte de um filho? Considerando que a condição peculiar de ‘pessoa em desenvolvimento’ priva as crianças de discernimento de qualidade e quantidade compatíveis com a condição dos adultos, essas crianças estariam aptas a decidir sobre a terminalidade da própria vida?

---

<sup>11</sup> Jornal de língua francesa com grande circulação na Bélgica

<sup>12</sup> Doctors in Belgium are killing an average of five people every day by euthanasia, figures revealed on Wednesday. The statistics also show a 27-percent surge in the number of euthanasia cases in the past year. The soaring number of deaths will inevitably fuel fears that euthanasia is out of control in Belgium, which only months ago became the first country to allow doctors to kill terminally ill children. Last year, 1 816 cases of euthanasia were reported, compared with 1 432 in 2012, an overall jump of 26.8 percent. “You could say that currently there are 150 cases of euthanasia per month in Belgium or, even more telling, five people euthanised a day,” said *Sudpresse*, Belgium’s leading French-speaking newspaper, which published the figures. Of last year’s cases, 51.7 percent were male patients and 48.3 percent were female. Elderly people aged from 70 to 90 made up just over half (53.5 percent) the number, while 21 percent were between 60 and 70, and 7 percent were over 90 years old. The under-60s made up 15 percent. In 2003, Belgium was the second country in the world to legalise euthanasia after Holland liberalised the law a year earlier, becoming the first country since Nazi Germany to permit the practice. Over the past decade, the numbers of Belgians dying by euthanasia has crept up. There was a 25-percent increase in the number of euthanasia deaths from 2011 to 2012, soaring from 1 133 to 1 432, a figure representing about two percent of all the country’s deaths.



As questões levantadas estão longe de receber uma resposta concreta e segura, porque variam de pessoa para pessoa, depende das concepções pessoais sobre a vida e, sobretudo, do conceito de vida boa. Vislumbra-se de uma questão que jamais alcançará o *status* de consenso.

A análise do artigo 2º da Lei de 14 de fevereiro de 2014 é suficiente para demonstrar que, assim como ocorre para os adultos, a eutanásia não pode ser pretendida como principal alternativa para o sofrimento das crianças. A Lei de fevereiro altera a Lei de 28 de maio de 2002 sobre a eutanásia e a torna possível para menores (BÉLGICA, 2002, tradução livre)<sup>13</sup>. Assim a norma fica autorizada somente nos casos em que a dor não puder ser remediada ou, em outros termos, quando os cuidados paliativos forem ineficazes.

A Bélgica não exige uma autorização prévia do Estado para a adoção do procedimento. No referido país, assim como na Colômbia, a eutanásia não foi descriminalizada. O que se admitiu foi a não incidência da pena prevista para o caso de homicídio para o médico que, antes de fazer o procedimento, constatou a presença de todos os requisitos legais aptos para autorizar o encurtamento da vida por meio de uma injeção letal.

Desse modo, a decisão final pela viabilidade ou não do emprego da eutanásia fica confiada ao médico responsável pelo procedimento. A esse médico vai caber cumprir a vontade manifestada pelo paciente, desde que tenham sido preenchidos todos os requisitos legais.

Se ocorrer nessas condições, não será considerada crime a eutanásia, desde que o profissional responsável pelo procedimento ateste: a) o paciente é um adulto civilmente capaz, menor legalmente emancipado ou menor com capacidade e consciência aptas para o discernimento e a formulação do pedido de eutanásia; b) o pedido é voluntário, ponderado e reiterado e não decorre de nenhuma pressão externa; c) o paciente adulto ou o menor emancipado está em uma condição médica de sofrimento físico ou mental constante e insuportável que não pode ser aliviada e que resulta de um distúrbio grave e incurável causado por doença ou acidente. Quando se tratar de menor com a capacidade de discernimento, o médico deve estar convencido de que o paciente está em uma condição de sofrimento físico constante e insuportável, que não pode ser aliviada, resultante de um distúrbio grave e incurável causado por doença ou acidente, do qual pode resultar a morte em curto prazo; e)

---

<sup>13</sup> Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken.

foram respeitadas todas as condições e os procedimentos previstos na referida lei. (BÉLGICA, 2002, tradução livre)<sup>14</sup>.

O parágrafo segundo da Lei de 2014, por sua vez, determina que, quando se tratar de paciente menor de idade não emancipado, um psiquiatra infantil deve ser consultado para a avaliação do menor. Ao especialista, por seu turno, cabe o exame da capacidade e do grau de discernimento do menor, e essas constatações devem figurar em um relatório conclusivo sobre a existência ou não de discernimento em quantidade suficiente para autorizar a prática do ato terminal. A conclusão fornecida pelo psiquiatra infantil deve ser prestada aos representantes legais do menor em reunião convocada especialmente para verificar se os pais concordam com a vontade manifestada pelo paciente.

Estando os pais ou responsáveis de acordo com o desejo manifestado pelo incapaz, deve ser elaborado documento escrito em que conste a data e a assinatura do paciente e daqueles que autorizaram a eutanásia. Na eventualidade de o paciente não ser capaz de assinar, assinará por ele uma pessoa adulta especialmente designada para essa finalidade ou assinar na presença do médico responsável pelo procedimento, constando do texto a impossibilidade de obtenção da assinatura do paciente. É relevante ressaltar que, por disposição expressa da Lei, a eutanásia em menores não pode ser autorizada por pessoa que tenha qualquer tipo de interesse material na morte da criança.

---

<sup>14</sup> Art. 2. In artikel 3 van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- a) in § 1, eerste lid, wordt het eerste streepje vervangen door wat volgt: "- de patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;"
- b) in § 1, eerste lid, in het derde streepje, worden tussen het woord "de" en het woord "patiënt" de woorden "meerderjarige of ontvoogde minderjarige" ingevoegd;
- c) paragraaf 1, eerste lid, wordt aangevuld met een vierde streepje, luidende: "- de minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;"
- d) paragraaf 2 wordt aangevuld met een 7°, luidende: "7° indien de patiënt een niet-ontvoogde minderjarige is, bovendien een kinder- en jeugdpsychiater of een psycholoog raadplegen en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde specialist neemt kennis van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, vergewist zich van de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige en attesteert dit schriftelijk. De behandelende arts brengt de patiënt en zijn wettelijke vertegenwoordigers op de hoogte van het resultaat van deze raadpleging. Tijdens een onderhoud met de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige bezorgt de behandelende arts hen alle in § 2, 1°, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt.";
- e) in de inleidende zin van § 3 worden tussen het woord "de" en het woord "patiënt" de woorden "meerderjarige of ontvoogde minderjarige" ingevoegd;
- f) in § 4, wordt de zin "Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld" vervangen door wat volgt: "Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld.";
- g) een § 4/1 wordt ingevoegd, luidende: " § 4/1. Nadat de arts het verzoek van de patiënt heeft behandeld, wordt aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand geboden."

Ainda que tenha sido manifestada a vontade e sejam observados os requisitos legais, a Lei belga resguarda para o paciente o direito de, a qualquer momento, revogar sua autorização e, com isso, desistir da eutanásia e dar continuidade, ou não, ao tratamento médico.

Demonstrado o procedimento adotado pela Bélgica por meio da Lei de 2002 e de 2014, constata-se que a extensão da eutanásia para crianças naquele país decorre de uma compreensão social avançada da autonomia da criança e do adolescente que passaram a ser reconhecidos como sujeitos da própria existência.

Em entrevista ao jornal *Newsweek Magazine* (BRAW, 2013), a oncologista pediátrica Van den Werff Ten Bosch, que trabalha no Hospital da Universidade de Bruxelas, disse que “as crianças com doenças terminais como câncer amadurecem muito mais rápido do que as outras crianças. Elas pensam muito sobre sua vida e morte e como gostariam que a sua morte fosse. E, às vezes, elas são mais corajosas que os seus pais” (BRAW, 2013, tradução livre).<sup>15</sup>

O mesmo jornal também cita que a aprovação da eutanásia para crianças veio apenas para regulamentar uma prática que estava ocorrendo no referido país. Segundo o professor de Medicina da Universidade Livre de Bruxelas, Jan Bernheim:

[...] na realidade, os pediatras eram motivados pela compaixão ao presenciar do sofrimento de crianças que padeciam de doenças incuráveis e cujo sofrimento não poderia ser remediado pelos cuidados paliativos, para acabar com suas vidas com consentimento de seus pais [...] eles tiveram que fazê-lo clandestinamente, com o risco de serem acusados pelo Ministério Público, agora eles serão capazes de fazê-lo da forma legal. (BRAW, 2013, tradução livre).<sup>16</sup>

Em que pesem as suspeitas de uma possível banalização da eutanásia na Bélgica, é preciso enfatizar que a opção pela morte de crianças e adolescentes mediante requerimento não depende unicamente da vontade manifestada pelo incapaz. A decisão exige a conjugação dos inúmeros fatores identificados acima.

---

<sup>15</sup> “Children are not tiny humans that we can boss around,” said van den Werff Ten Bosch, a pediatric oncologist who works at Brussels University Hospital and has spoken out in favor of the proposed law. “Children with terminal diseases like cancer mature much faster than other children. They think a lot about their life and death and how they’d like their death to be. And sometimes they’re more courageous than their parents,” she said.

<sup>16</sup> “In reality, pediatricians are compelled by compassion to end the lives of quite a few children with the agreement of their parents,” said Jan Bernheim, professor of medicine at the Free University of Brussels and a pioneer in palliative care [...] They’ve had to do it clandestinely, with the risk of being charged by prosecutors,” he said. “Now they’ll be able to do it the legal way.”

Tendo sido cumprido o propósito de investigar a eutanásia na Bélgica, lembramos outro caso emblemático de eutanásia. É intrigante o caso<sup>17</sup> de Leopold Dauwe, 90 anos, e de sua esposa Paula Raman, 89 anos. A matéria publicada no portal da associação Monfort descreve a decisão de ambos de morrerem juntos antes mesmo de adentrarem um estado patológico terminal. Segundo a fonte consultada, Leopold era cardíaco e Paula padecia de doença pulmonar com potencialidade para ficar cega. O caso desperta atenção pelo fato de os solicitantes não se enquadrarem nos critérios de terminalidade estabelecidos pela Lei. Estaria a Bélgica, nos dois casos, ampliando o acesso à eutanásia?

A conclusão a que chegamos ao fim deste item é que a Lei de 2014 não teve como único escopo encurtar o sofrimento de crianças e de adolescentes que padecem em quadros patológicos irremediáveis. O que se pretendeu foi uma ampliação do acesso à eutanásia e, com isso, o reconhecimento de uma autonomia que, estando minimamente presente, assegura o direito fundamental de decidir como se pretende viver e morrer.

Em que pese o inegável avanço legislativo do sistema normativo da Bélgica, não há como concordar com a ampliação das hipóteses de autorização da eutanásia em casos como o de Leopold Dauwe e de Paula Raman. Ficou constatada a decisão pela morte com finalidade preventiva. A eutanásia teria sido aplicada com o fundamento de evitar dores e degenerações futuras. O estudo do caso dos idosos revelou que não foram reunidas as condições exigidas no art. 2º da Lei sobre Eutanásia publicada em 2014. O fato de a Bélgica, ao contrário da Holanda, não admitir o suicídio assistido, explica a ampliação acima referenciada.

#### **4. EUTANÁSIA VERSUS CUIDADOS PALITIVOS: DEPENDÊNCIA OU COMPLEMENTARIEDADE?**

A consagração da dignidade da pessoa representou uma verdadeira revolução para as relações de cuidado. É que quando se afirma a prevalência da autonomia privada de forma atrelada à dignidade, fala-se em liberdade de escolha diante de um tratamento médico em intensidade suficiente que possa permitir aceitá-lo ou rejeitá-lo conforme as informações repassadas pelos profissionais de saúde.

Nem toda intervenção médica ao fim da vida de um doente terminal tem por objetivo viabilizar a morte. Determinadas ações pretendem aliviar as dores e o sofrimento. Dentre essas ações destacam-se os cuidados paliativos.

---

<sup>17</sup> Acerca do caso LeopoldDauwe vide notícia em Smits e Post (2013).

Por um lado, a Medicina não pode privar o indivíduo do sofrimento inerente à sua condição de saúde. Por outro, é chamada a reconhecer que nem toda dor precisa ser suportada. Para os casos em que o paciente manifesta o desejo de amenizar as dores físicas e privilegiar uma qualidade no tempo que lhe resta de vida, os cuidados paliativos são uma manifestação do próprio direito a saúde.

A resignificação das ações de cuidado fez surgir duas tradições médicas: a tradicional Medicina Curativa e a moderna construção de Medicina Paliativa, desenvolvida a partir da primeira metade do século XX. A concepção da Medicina Paliativa é fruto da percepção de que o avanço da ciência possibilitou à Medicina estender sua atuação para além do tratamento das doenças. Isso permite uma atuação médica voltada para o alívio do sofrimento quando ficar constatada a inviabilidade da cura.

A questão em torno da Medicina Paliativa ganhou importante destaque com a aprovação de dois regulamentos internacionais que tratam dos cuidados paliativos: a Declaração de Veneza sobre o Paciente Terminal, adotada pela 35ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial realizada em Veneza, na Itália, em 1983, e a Carta de Praga, que consiste em um abaixo-assinado organizado, dentre outras, pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos, para garantir o amplo acesso aos cuidados paliativos. A questão sobre esses cuidados tem uma relevância central neste trabalho, devido à necessidade de verificar se o direito de morrer encontra óbice na efetivação dos cuidados paliativos.

A primeira tentativa conceitual da OMS em torno dos cuidados paliativos foi estabelecida em 1990, quando a agência internacional descreveu a prática médica como sendo:

o cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares. (OMS, 1990, p. 11, tradução livre)<sup>18</sup>.

A definição em comento situou os cuidados paliativos no plano da constatação da ‘impossibilidade de cura’ diante de uma doença irremediável pela ciência médica.

O subjetivismo envolto na necessária definição de ‘impossibilidade de cura’ contribuiu para que a definição da OMS não fosse bem aceita pela comunidade médica mundial. É como explica Maria Goretti Sales Maciel em obra coletiva intitulada ‘Cuidados Paliativos’. Na Medicina, a maioria das enfermidades são incuráveis. Caso prevalecesse essa

---

<sup>18</sup> Palliative care is the active, total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount.

concepção, os pacientes acometidos por doenças irremediáveis deveriam receber cuidados paliativos.

A conceituação inicialmente proposta pela OMS contribuiu para um segundo equívoco sobre os cuidados paliativos. Ao vincular essa prestação à constatação da ‘inviabilidade de cura’, restringiu-se o espaço de atuação dos cuidados paliativos ao estágio final da vida, limitando sua aplicação em outras situações. A esse respeito, Maciel explica:

O que podemos chamar em medicina de “fora de possibilidades de cura”? A maioria das doenças é absolutamente incurável: o tratamento visa ao controle de sua evolução e para tornar essas doenças crônicas. Poucas vezes a cura é uma verdade em medicina. Desta forma, aguardar que um paciente se torne “fora de possibilidades de cura” implicaria em duas situações: ou todo doente deveria estar em Cuidados Paliativos, ou só se poderia encaminhar para Cuidados Paliativos, por critério subjetivo do assistente, o doente em suas últimas horas de vida. Esta segunda situação, a mais comum, implica em outro equívoco: pensar que os cuidados paliativos se resumem apenas aos cuidados dispensados à fase final da vida, quando “não há mais nada a fazer”. (MACIEL, 2008, p. 16).

A revisão do conceito de cuidados paliativos pela OMS só ocorreu efetivamente em 2002 com a adoção da seguinte definição:

cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002, tradução livre)<sup>19</sup>.

A mudança parece ter sido motivada pela necessidade de estender o acesso aos cuidados paliativos a um extenso rol de doenças, ampliando as possibilidades terapêuticas facultadas ao doente.

A respeito da expansão do alcance das técnicas compreendidas na noção de cuidados paliativos, a contribuição de Taisa Maria Macena de Lima e Maria de Fátima Freire de Sá (2014) é relevante quando afirmam:

Na verdade, o cuidado físico sempre foi tido como fundamental e, nessa seara, se destaca o profissional médico, que ministra tratamentos para minimizar os sintomas da doença, não sendo possível curá-la. Mas, o sofrimento extrapola em muito a questão física, daí, a necessidade de acompanhamento psicológico e espiritual, a partir dos valores assumidos como construção de vida boa de cada um. (LIMA, SÁ, 2015, p. 91).

---

<sup>19</sup> Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

No entendimento de Marcelo Lucas Sarsur da Silva, “a medicina paliativa apresenta-se como a alternativa mais humana e benfazeja para os pacientes no fim da vida e se mostra afinada com o conceito de bem-estar físico, mental e social que se traduz no conceito de saúde” (SILVA, 2014, p. 111).

Embora Silva (2014) tenha utilizado os termos ‘humana e benfazeja’ para descrever a Medicina Paliativa, adverte inexistir conflito entre as duas tradições médicas. Busca-se uma relação de complementaridade entre a Medicina Curativa e a Medicina Paliativa para assegurar uma tutela integral da pessoa nos diferentes estágios da vida. Para os casos em que é possível enfrentar a doença, devem-se oferecer ao paciente os meios para o alcance da cura e do restabelecimento da saúde. Nas situações em que a morte apresenta-se de forma irremediável, busca-se resguardar a qualidade de vida e o conforto do doente para aliviar o seu sofrimento.

Stéfano Rodotà, em sua obra *‘La vida y las reglas’*, estabelece que o cuidado significa uma ação ou atividade que “inclui todas as outras ações que realizamos para manter, continuar e reparar o nosso mundo, com o objetivo de nele viver da melhor forma possível” (RODOTÀ, 2011, p. 254, tradução livre).<sup>20</sup>

Para Recuero, “o objetivo prioritário dos cuidados paliativos é o alívio da dor do enfermo em situação terminal” (RECUERO, 2004, p. 58). Com os cuidados paliativos, pretende-se assegurar existência digna para o paciente e seus familiares. Isso ocorre por meio da adequação do tratamento médico ao objeto terapêutico do doente. Em uma situação de normalidade, o objetivo terapêutico fundamental é a cura, mas, ao final da vida, esse paradigma se altera, dando lugar ao cuidado integral, à qualidade de vida e ao conforto do paciente.

A concepção de saúde desenvolvida por Ana Carolina Brochado Teixeira é relevante:

Sendo, portanto, a saúde entendida como domínio sobre o corpo que pode ser exercido na medida da sanidade mental da pessoa, estariam nela englobados os direitos à vida e à integridade física, como aspectos que lhes são referentes. Integridade é um paradigma fixo, constante; na tutela da saúde, moldada pela autonomia, existe gradação da integridade física – a pessoa decide em medida esta se concretizará – além de ter ou não vida, que nunca poderá ser tomada como um dever, mas sempre deve ser gozada como um direito. (Teixeira, 2010, 56).

---

<sup>20</sup> Actividad que incluye todas las acciones que realizamos para mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’, para vivir en él de la mejor manera posible.

Mais à frente, a autora propõe a análise da saúde como direito de liberdade para assegurar ao indivíduo a possibilidade de escolher o destino de sua condição existencial, haja vista a possibilidade de indicar – dentre os tratamentos médicos disponíveis – aquele que melhor atenda seu interesse e que vá ao encontro do seu padrão de “bem-estar individual” (Teixeira, 2010, p. 71). Isso ocorre porque “a individualização do conceito de saúde compõe inegavelmente a própria identidade de cada pessoa, deflagrando a intrínseca ligação entre o corpo e a identidade” (TEIXEIRA, 2010, p. 76).

O raciocínio aqui empreendido permite situar os cuidados paliativos no âmbito do direito à saúde, uma vez que sua finalidade maior está no necessário resguardo da dignidade humana do paciente terminal. Em relação ao enquadramento dos cuidados paliativos no âmbito da saúde, Leo Pessini afirma:

No horizonte da medicina curativa que entende a saúde, primordialmente, como a ausência de doença, é absurdo falar da saúde do doente crônico ou terminal, porque por definição ele não tem, nem pode ter, saúde. Mas, se redimensionamos nosso conceito de saúde para focalizar suas dimensões positivas, reinterpretando-a como sendo um estado de bem-estar, descobrimos formas de discurso nas quais faz sentido falar da saúde do doente crônico ou terminal, porque é coerente falar do seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, mesmo quando não há a mínima perspectiva de cura. (PESSINI, 2006:203)

O reconhecimento do direito de acesso aos cuidados paliativos exige que se proceda à análise da sua possível relação de dependência com a eutanásia. A efetiva garantia de acesso à Medicina Paliativa impede a aplicação da eutanásia? Se forem aliviados o sofrimento e as dores decorrentes da enfermidade, os pressupostos aptos a autorizar o exercício do direito de morrer estarão presentes?

A viabilidade dos cuidados paliativos não pode restringir a manifestação da autonomia de morrer. O reconhecimento do direito de não sentir dor não impõe o dever de manter-se vivo. Assim os cuidados paliativos devem ser compreendidos como uma possibilidade entre morrer e continuar vivo.

Impedir a possibilidade da eutanásia ou do suicídio assistido por ausência de sofrimento físico por parte da pessoa que almeja a morte consiste em literal negação da liberdade de atuação da pessoa. Para Silva, em assim procedendo,

Agiria o Estado com intolerável paternalismo se retirasse da pessoa humana o poder de decidir não apenas sobre a radical disposição da própria vida, mas também sobre como esta deveria ser exercida. A vida humana, sem liberdade, é mero fenômeno biológico, despido de toda a dignidade. (SILVA, 2014, p. 103).



A solução está em conceber os cuidados paliativos como alternativa terapêutica para o alívio da dor. Se for uma alternativa, não terá o condão de impossibilitar a eutanásia nem o suicídio assistido.

## 5 CONCLUSÃO

Não se pode compreender, de antemão, o que a morte significa para as pessoas. Alguns preferem morrer a viver permanentemente sedados ou incapazes; outros gostariam de continuar lutando, a despeito da dor ou da inconsciência. Talvez, só consigamos compreender o que as pessoas sentem em relação à morte se dermos as costas para ela por um momento para, então, vislumbrarmos a vida.

José Ovidio González Correa entra para a história. Como foi sua vida? Quais foram suas aspirações? Quais seriam seus medos?

Essas inquietações nos remetem à obra *A Morte de Ivan Ilich*, de Tolstoi. Quando descobriu que estava morrendo, Ivan Ilich se desesperou e o silogismo que havia aprendido no estudo da lógica ‘Caio é homem. Todos os homens são mortais. Portanto, Caio é mortal’ só parecia legítimo em se tratando de Caio, um ser humano abstrato. Ali sim, parecia justo. Ele, Ivan, não era abstrato. Era concreto. Teve pais, tinha esposa e filhos. José Ovidio tinha esposa e filhos e, ao que parece, *estava lúcido, como se estivesse para morrer*.

Caminhou para a morte no seu sentido mais literal. Andando, consciente, com a família ao lado, se dirigiu ao local em que uma sedação terminal lhe seria aplicada. Os jornais comentam sobre o sapateiro ateu de 79 anos, homem de vida simples, que criava vacas e cavalos em Pereira. Aquele que afirmou não querer ser um trapo em uma cama.<sup>21</sup>

Da mesma maneira, com fundamento na alegação de ‘sofrimento psíquico insuportável’ Nathan viu atendido seu pedido de abreviação da vida pela via da eutanásia na ‘fatídica’ noite de 30 de setembro de 2013. Os médicos que acompanharam Nathan declararam para os jornais de Bruxelas a ‘tranquilidade’ do paciente que, como alguém que se prepara para uma viagem longa, deu o último adeus para familiares e amigos convidados pelo próprio Nathan para sua despedida.

O protagonismo de Ovídio se contrapõe ao quase ‘anonimato’ de Nathan. Enquanto o primeiro concretizou o primeiro caso de eutanásia ativa direta realizado na América do Sul o

---

<sup>21</sup> [http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/03/internacional/1435890823\\_266874.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/03/internacional/1435890823_266874.html) , acesso em 17 de julho de 2015.

segundo foi apenas ‘mais um’ dos inúmeros casos de morte mediante solicitação na Bélgica. As duas histórias, no entanto, se entrelaçam em um aspecto comum: autonomia.

A vida nos remete à autonomia. Aos melhores interesses das pessoas. À aptidão para a manifestação da vontade. À construção não mais puramente biológica, mas também biográfica de cada um. À dignidade da pessoa humana que pode ser traduzida pela garantia de que todos se reconheçam livres e iguais em direitos. E, para a efetivação desta dignidade, é necessário que os outros se conscientizem de que cada um tem seus próprios interesses críticos, cada pessoa é dotada de um padrão moral que lhe é intrínseco.

As histórias de Nathan e de Ovídio formaram o pano de fundo para a análise do direito de morrer na perspectiva dos dois países. Bélgica e Colômbia, assim como o Brasil, conferiram ao ‘direito a vida’ tutela estatal através de previsão expressa nas respectivas Constituições. No contexto legislativo dos referidos Estados, mais que um direito constitucionalmente tutelado, a vida é o pressuposto da personalidade, que é o atributo para o gozo de qualquer direito.

Em nítida contraposição à tutela da vida está a ausência de dispositivos constitucionais que reconheçam expressamente o direito de morrer. O direito de encurtar o sofrimento irremediável por via da eutanásia na Bélgica foi reconhecido por meio de lei que modificou a Lei de Terminalidade e o Código Penal. Na Colômbia tal reconhecimento se deu através de duas sentenças da Corte Constitucional e, por último, por Resolução do Ministério da Saúde. No Brasil inexistente norma jurídica que autorize a prática da eutanásia ou do suicídio assistido, nosso ordenamento se limitou a criminalizar condutas que atentem contra a vida de outrem, independentemente da vontade do paciente ou da motivação da conduta.

A doutrina nacional que se coloca contrária à possibilidade do reconhecimento do direito de morrer fundamenta tal posição no texto legal do art. 5º da CF/88 que, dentre outras disposições, assegura a inviolabilidade dos direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O emprego da expressão ‘inviolabilidade’ no contexto da Constituição brasileira inaugurou verdadeiro mecanismo de proteção da vida contra violações perpetradas pelo Estado ou por particulares. No entanto, não se deve confundir inviolabilidade com irrenunciabilidade. Sendo assim, espera-se que o indivíduo se abstenha de violar a vida de outrem e não que abra mão da tutela da própria existência a ponto de negar a possibilidade de uma construção autobiográfica que o conduza à dignidade. A inviolabilidade do direito à vida jamais poderá ser tida como obstáculo para a voluntária disposição do direito de ser mantido vivo.

Nenhum direito é absoluto. Desse modo, a proteção da vida só interessa ao Direito enquanto existir uma viabilidade da tutela da dignidade e da liberdade. Nas situações em que o sujeito não pretende continuar a viver em razão das condições indignas em que se encontra, deve-se permitir que ele disponha do seu direito à vida a fim de decidir entre continuar a viver ou optar pelo modo como pretende morrer.

Tendo manifestado nosso entendimento acerca da tutela constitucional da vida no Estado brasileiro, acreditamos que deveríamos dispensar a morte, a exemplo da Bélgica e da Colômbia, autonomia similar àquela reconhecida para o pleno desenvolvimento da vida. A positivação de normas que restrinjam o livre desenvolvimento da personalidade definitivamente não é a resposta que se espera de um Estado plural e democrático. Espera-se o reconhecimento de uma autonomia que permita ao indivíduo, no final de sua vida, decidir livremente pelo não prolongamento de sua existência, quando viver não faz mais sentido.

. Na nossa democracia contemporânea a função do Direito não se sustenta sob uma perspectiva meramente funcional, mas pressupõe a geração legítima, garantida normativamente, de um fluxo comunicativo capaz de respaldar a validade do Direito enquanto instrumento garantidor de iguais liberdades fundamentais. Ao Direito, portanto, é dado o objetivo de efetivar os projetos biográficos das personalidades que se constituem e se reconstituem diuturnamente.

Nesse contexto, se a morte figurar como uma possibilidade no processo de construção da personalidade, ela deve ser levada em consideração não como afronta ao direito à vida, mas como uma realização de um projeto de vida-bom de um destinatário ou coautor do Direito que busca a realização da sua própria individualidade.<sup>22</sup>

## BIBLIOGRAFIA

BÉLGICA. Ministerie van Justitie. **28 Mei 2002: Wetbetreffende de euthanasie.** Disponível em: <[http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech\\_n.htm](http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm)>. Acesso em: 11 set. 2014.

BÉLGICA. Federale Overheidsdienst Justitie. **28 Februari 2014: Wettotwijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voormin der jarigen mogelijk te maken.** Disponível em: <[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&caller=summary&pub\\_date=2014-03-12&numac=2014009093#top](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=2014-03-12&numac=2014009093#top)>. Acesso em: 11 set. 2014

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

---

<sup>22</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; Moureira, Diogo Luna. *Autonomia para morrer*. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

BRAW, Elisabeth. Should a sick child be allowed to choose death? Belgians think so. **Newsweek**, 12 may 2013. Disponível em: <<http://www.newsweek.com/should-sick-child-be-allowed-choose-death-belgians-think-so-223851>>. Acesso em: 13 set. 2014

CALDWELL, Simon. Euthanasia surges in Belgium. **IOL News**, 29 May 2014. Disponível em: <[http://www.iol.co.za/news/world/euthanasia-surges-in-belgium-1.1695794#.VBEtU\\_ldWSp](http://www.iol.co.za/news/world/euthanasia-surges-in-belgium-1.1695794#.VBEtU_ldWSp)>. Acesso em: 11 set. 2014.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución n. 1216 de 2015*. Disponível em: [http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia\\_resolucion-1216-de-2015.pdf](http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia_resolucion-1216-de-2015.pdf). Acesso em 12/07/2015.

CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA. Sala Novena de Revisión, Sentencia T-970/14, Rel. Luis Ernesto Vargas Silva, j. em 15/12/2014. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>. Acesso em 12/07/2015.

FERREIRA, Pedro Henrique Menezes. **A efetivação normativa da autonomia privada entre o direito aos cuidados paliativos e o direito de morrer**. 2015. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Direito.

JUNQUERA DE ESTÉFANI, Rafael; TORRE DIAZ, F. Javier de la. (Coord.). **F. Javier Elizari: bioética, teología moral y sociedad**. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2014. LIMA, Taisa Maria Macena de. SÁ, Maria de Fátima Freire. **Ensaio sobre a velhice**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2015.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Cuidados paliativos: definições e princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf). Acesso em 08 jan. 2015.

MOUREIRA, Diogo Luna. *Pessoas e autonomia privada: dimensões reflexivas da racionalidade e dimensões operacionais da pessoa a partir da teoria do direito privado*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

PESSINI, Leo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 181-208

RECUERO, José Ramón. **La eutanasia en la encrucijada: el sentido de la vida y de la muerte**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2004.

REICHER, Regina Maria. A eutanásia na visão do garantismo penal. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005

RODOTÀ, Stefano. **La vida y las reglas: entre el derecho y el no derecho**. Madrid: Trotta, 2010.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. As flores que eu te dei. In: Tânia da Silva Pereira; Rachel Aisengart Menezes; Heloisa Helena Barboza. (Org.). *Vida, Morte e Dignidade Humana*. 1ed. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2010, p. 229-237.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer*. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SILVA, Marcelo Sarsur Lucas da. **Do direito a não sentir dor**: fundamentos bioéticos e jurídicos do alívio da dor como direito fundamental. Tese (doutorado) 2014. 141f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito, Belo Horizonte, 2014.

World Health Organization. **Better palliative care for older people**. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98235/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf). Acesso em: 10 jan.2015.