



A AUTODETERMINAÇÃO DO INDIVÍDUO E O DIREITO DE MORRER

Ana Flávia Bacelar BRANDÃO¹
Ana Laura Teixeira Martelli THEODORO²

RESUMO: O presente artigo, intitulado - “A AUTODETERMINAÇÃO DO INDIVÍDUO E O DIREITO DE MORRER” - teve como objetivo realizar estudo sobre as diferentes abordagens sobre a autodeterminação do indivíduo e seu direito a morte. Buscou-se, assim, sem a pretensão de esgotar o tema, expor as abordagens referentes ao processo de morrer, as condutas de tratamento paternalistas e como ocorrem os procedimentos de ortanásia, eutanásia, mistanásia, distanásia e a forma como a morte é abordada pelo ordenamento jurídico brasileiro. Em vista da divergente e polêmica literatura sobre o tema, justificou-se o presente artigo frente a necessidade de um esclarecimento sobre as abordagens sobre a autonomia do paciente em estado terminal para decidir quanto a seu próprio tratamento e finitude. Mediante exaustivo levantamento bibliográfico, foi realizada dissertação expositiva a respeito da íntima ligação da autonomia do indivíduo e sua dignidade, suas características e limitações. Buscou-se, também, abordar a respeito das diretivas antecipadas de vontade, e a importância do bem-estar do paciente em seu leito de tratamento e morte. Tratou-se, por fim, sobre o processo de ir a óbito e a compreensão da literatura especializada sobre as consequências éticas e legais da eutanásia, distanásia, ortotanásia, mistanásia e do suicídio assistido. O resultado da pesquisa foi estabelecido ao final da dissertação, onde restou demonstrado os principais posicionamentos sobre a autonomia do ser humano em relação a sua finitude e os conflitos legais e éticos que envolvem o tema e o entendimento majoritário que vem sendo aplicado.

Palavras-chave: Autonomia. Dignidade. Morte. Eutanásia. Distanásia. Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia, especialmente durante o século XX, revolucionou as técnicas de tratamento e a forma como a medicina é empregada nos dias atuais. Doenças que até então levavam a morte, passaram a ter alternativa de tratamento e cura. Os princípios da beneficência e não maleficência,

¹ Discente do 5º ano do curso de Direito do Centro Universitário Antonio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente. E-mail: anabrandao@toledoprudente.edu.br

² Doutora em Direito Civil, pela Universidade de São Paulo - USP, Mestre em Direito Negocial pela Universidade Estadual de Londrina - UEL, Especialista em Direito do Estado pela Universidade Estadual de Londrina - UEL, Graduada em Direito pelo Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo, Professora e Advogada. E-mail: analaura.martelli@gmail.com Orientadora do trabalho.

ou seja, a ideia de não causar dano e agir em benefício do paciente, propostos por Hipócrates, perduraram no tempo, e até hoje a medicina tem como objetivo promover a vida e o bem-estar do paciente.

No entanto, percebeu-se que as práticas de tratamento de que dispomos na atualidade, ao invés de revolucionárias, poderiam se mostrar inúteis e até mesmo cruéis ao indivíduo, e que tais práticas ferem a dignidade humana.

O princípio da dignidade humana, respaldado no valor máximo da vida, das liberdades individuais e no bem da coletividade, está profundamente ligado ao princípio da autonomia do indivíduo. O indivíduo, hoje responsável por sua própria condição e destino, passa a ter um espaço central no debate quanto a seu próprio tratamento e finitude, afastando as perspectivas paternalistas de tratamento.

Nesse, o debate sobre a necessidade do paciente dispor da sua própria vida para sanar o sofrimento que abate sobre seu corpo em razão de moléstia incurável, foi colocado em evidência.

Nesta toada, buscou-se reunir dados com o propósito de solucionar o seguinte problema de pesquisa: diante de doença incurável, pode o paciente escolher dispor sobre a sua própria vida?

Objetivou-se, desta forma, verificar como a doutrina especializada entende a autonomia da vontade, inserida no contexto da dignidade humana. E quais são as modalidades de morte assistida elencadas pela comunidade científica, e, por fim, quais delas são aceitas como um tratamento viável na atualidade.

Considerando a relevância social e a ausência de discussão sobre o tema, justificou-se a presente pesquisa a fim de aferir quais são as modalidades de morte assistida e a aceitação delas no contexto ético, moral, técnico e jurídico brasileiro.

A autonomia do indivíduo, juntamente com a disposição antecipada de sua vontade tem um papel crucial frente as possibilidades de fim de vida, como no caso da eutanásia, ortotanásia, distanásia. Desta forma, foi realizado trabalho expositivo mediante levantamento bibliográfico em doutrinas, leis, artigos científicos e revistas, objetivando-se estudar uma solução ao problema proposto.

2 DA AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO DO INDIVÍDUO

O conceito de autonomia, proveniente dos termos gregos “autos” (próprio) e “nomo” (regra), foi inicialmente utilizado nas cidades-estados da Grécia

antiga, para referir-se aos governos autônomos. Após isso, “autonomia” passou a se referir aos indivíduos. A autonomia individual pode ser sintetizada então como produto dos valores liberais da cultura ocidental, sendo entendida como o poder de ditar os próprios valores e leis, diz respeito, portanto, quanto a capacidade do indivíduo autogovernar-se, sem intervenção de questões externas e com clareza. Tal liberdade e autodeterminação limita-se quando afeta a liberdade e autodeterminação dos outros que compõem a coletividade. (DWORKIN, 2006 apud GOZZO e LIGEIRA, 2012, p. 37)

Pode-se dizer que, quanto a sua natureza jurídica, a autonomia é um princípio, no sentido de atribuir uma finalidade para as demais normas e não estar dotado de um viés de definitividade. Está intimamente associada a dignidade humana, uma vez que está atrelada ao exercício da liberdade. Um dos bens principais tutelados pela constituição, a dignidade humana, encontra na autonomia sua expressão máxima.

Nesse sentido dispõe o constituinte na Carta Constitucional no Título I, Dos Princípios e Direitos Fundamentais:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

O direito à autonomia individual está também ligado a responsabilidade. O indivíduo considerado autônomo é dotado de consciência e responsabilidade para gerir as próprias escolhas, tendo as feito, será devidamente responsabilizado por elas. A busca pela autonomia do paciente quanto as próprias escolhas na relação médico-paciente, é muito importante para se delimitar os contornos do tratamento conforme a vontade de quem o recebe. É imprescindível que a escolha seja livre de qualquer constrangimento que pode se dar por parte do profissional ou dos familiares, como também, pautada em um entendimento completo da situação que se apresenta.

Desta forma, a autonomia do paciente caracteriza-se por ser a capacidade de decidir sobre sua própria condição e destino, sendo esta decisão livre de quaisquer coerções e pautada em um entendimento claro sobre o seu diagnóstico.

Da livre escolha e deliberação, não é mais viável a ideia da ação paternalista de quem emprega a medicina, ou seja, a ideia de que somente o médico tenha o controle total sobre o que é melhor para o paciente, pois, uma vez manifesta a vontade do indivíduo, o qual, melhor do que ninguém é capaz de escolher o que é bom para si, não seria ético a intervenção em sentido contrário ao que foi previamente disposto pelo paciente. (MENDONÇA e PIRES, 2019)

Somente após a metade o século XX, que surgiu a concepção de que o enfermo tem o direito de saber sobre a sua real condição e que a promoção da autonomia do paciente passou a ser colocada em pauta. Atualmente, a postura paternalista somente é aceita em casos onde a comunicação direta quanto a condição de saúde pode vir a causar ainda mais danos ao paciente.

Desta forma, aplica-se o princípio da não maleficência, autorizando o médico a não informar plenamente o paciente de suas condições. Infelizmente é comum que os médicos não se atentem a vontade do enfermo, dando mais atenção aos anseios dos familiares, ou a pedido do próprio paciente, que não deseja ser informado a respeito de sua condição (CAMILLO, et al., 2020, p.269).

Reconhecer e promover a autonomia do indivíduo permite que a diversidade e o pluralismo se desenvolvam na sociedade. Esse mesmo princípio pluralista irá limitar a autonomia para que seja possível uma sociedade harmônica, e é necessário observar que as escolhas individuais refletem em toda sociedade, não apenas na esfera privada do indivíduo.

A própria perspectiva de dignidade é construída a partir de valores que são comuns aos indivíduos que compõem a sociedade, antes das escolhas individuais, tendo como princípio, o interesse público e coletivo.

Desta forma, a dignidade vai além do bem-estar exclusivo do sujeito, fez-se levar em conta a perspectiva dos valores sociais, sobrevivendo então, ao invés de um fomento, uma restrição as liberdades individuais em nome dos valores sociais daquela comunidade. Aqui, prevalece uma perspectiva restritiva de direitos, voltada a preservar a comunidade e, ao invés de um entendimento protetivo e individualista quanto aos direitos, entende-se que há limitações para que o indivíduo possa dispor de sua dignidade. (GOZZO e LIGEIRA, 2012, p. 43)

Nessa perspectiva, a dignidade poderia limitar a liberdade. No entanto, tal panorama da dignidade como heteronomia, ou seja, aquela vista de fora, acaba

por promover não apenas a preservação dos valores sociais, mas instiga políticas paternalistas de tratamento médico-paciente.

É possível encontrar o paternalismo médico sob duas vertentes. A primeira delas, refere-se ao paternalismo fraco (soft) que, embora tutele valores que venham a ser de interesse do paciente, a capacidade de decidir sobre a sua própria condição é mitigada pelo desprovemento de esclarecimento adequado ou em virtude de condição psíquica comprometida. (CAMILLO, et al., 2020, p.269).

A segunda vertente versa sobre o paternalismo forte (hard), em que, em nome das virtudes atribuídas ao médico, apenas ele seria capaz de bem decidir sobre o estado do paciente, podendo restringir, omitir diagnósticos e informações quanto ao quadro clínico e tratamento, como também quanto a recusa do profissional em admitir a decisão do indivíduo quanto a si mesmo (CAMILLO, et al., 2020, p.269).

A questão não se reduz quanto ao princípio da benevolência e beneficência. É necessária cautela, pois nem sempre o julgamento de incompetência quanto a autonomia deve ser pautada apenas em um discernimento técnico e científico, uma vez que pode envolver também valores conflitantes (CHILDRESS, 2020).

Pela perspectiva da autonomia, a dignidade fundamenta a necessidade do consentimento, o respeito à vontade individual e o pluralismo, enquanto na perspectiva heterônoma, há a valorização do paternalismo como também a promoção dos valores morais comuns a sociedade.

3 O DIREITO DE MORRER

A morte, que antes ocorria na companhia de familiares queridos no ambiente familiar, hoje em dia se dá nos hospitais, onde questões pertinentes sobre o prolongamento do tratamento ou encerramento da vida do paciente são deliberadas. Toda a modernização e tecnologia que temos hoje nos hospitais muitas vezes acabam por afastar o paciente de sua dignidade na hora da morte, tendo em vista que os tratamentos além de invasivos, podem acabar promovendo ainda mais dor e sofrimento.

Nem todo processo de prolongamento da vida é positivo. Por vezes, o tratamento não traz qualidade de vida. E sobreviver a doença pode ser deveras

penoso. Conforme a doença se agrava, e o paciente envelhece, acaba por ser tolhido do poder de decidir sobre sua própria condição, ficando sobre os cuidados e decisões dos familiares e equipes médicas, cujas deliberações muitas vezes podem não coincidir com o que seria sua última vontade. A isto, soma-se a falta de amparo psíquico dos pacientes e familiares no ambiente hospitalar, e o silêncio quase impenetrável, quando o assunto é a despedida e a morte.

A evolução da tecnologia associada a medicina nas décadas de 50 e 60, tornou possível o tratamento de doenças que até então eram entendidas como incuráveis, e o tratamento, como também a cura de pacientes que diante de certas doenças não tinham nenhuma esperança. Nesse diapasão de avanço científico, difundiu-se a ideia de que, com bons médicos e uma boa aparelhagem seria possível ter sucesso em toda demanda que surgisse nos hospitais. Assim, na década de 70/80 era inquestionável a afirmação “enquanto há vida, há esperança”. (HOSSNE e PESSINI, 20015 p.766-808).

No entanto, ao longo do tempo, constatou-se que todo o avanço ainda era insuficiente diante da complexidade humana, e que mesmo dispondo dos melhores tratamentos, eles poderiam ser insuficientes e até mesmo danosos. Com o tempo, o emprego da medicina intensiva que era considerada heroica tornou-se uma penalidade para os pacientes, que se submetiam a tratamentos agressivos mesmo cientes de uma perspectiva ínfima de melhora, e acabavam apenas prolongando o processo de morrer. (HOSSNE e PESSINI, 20015 p.766-808).

Nessa perspectiva surgiu o termo *distanásia* que, segundo Hossne e Pessine, (2015, p. 766-808) diz respeito ao “prolongamento exagerado da agonia, sofrimento e morte de um paciente”.

3.1. Das modalidades de morte assistida

O doente em fim de vida, por vezes acaba enfrentando um dilema sobre de que modo e quando sua vida se encerrará. Dentre as práticas possíveis, destacam-se quatro: a *ortotanásia*, a *eutanásia*, a *distanásia* e a *mistanásia*.

Entende-se *ortotanásia* como bem aceita, por amparar o processo natural de morte do paciente, já a *eutanásia*, caracteriza-se por ser temática controversa, uma vez que traz em seu bojo valores conflitantes, em que, questiona se a vontade do paciente deve se sobrepor ou não a sua vida.

Dentre as práticas malvistas pela medicina e pela sociedade, incluem-se a distanásia e a mistanásia. A distanásia, caracteriza-se por prolongar um tratamento que não trará melhora ou cura ao paciente, apenas estendendo seu sofrimento. A mistanásia é aquela que promove a morte entendida como miserável, longe das circunstâncias que caracterizam uma morte digna.

No que se diz respeito a ortotanásia, esta visa a morte no momento certo, por meio de amparo quanto as questões espirituais, psíquicas, como também, a administração da dor e do sofrimento do enfermo. Busca-se acolher não apenas o paciente, mas toda a sua família. Aborda questões de morte e o luto como algo inerente a vida, respeitando-se assim a vontade e dignidade do paciente.

De outra forma, Nelson Hungria (1982, p.395), no contexto de avanço científico e tecnológico da década de 80, pontuava que a ortotanásia poderia tolher o doente de viver o bastante para uma inovação farmacêutica que pudesse revolucionar seu estado de saúde, como também que o paciente sofre grande risco diante dos diagnósticos errôneos. Compreendendo também, que o paciente que consente com a morte, estando em uma situação de dor e sofrimento, equivaleria a estar sendo coagido, e por conta disso tal manifestação de vontade não deveria ser válida.

Atualmente, a ortotanásia é entendida como morte no tempo certo, ou morte correta. Embora pouco discutida, muitas vezes trata-se da forma que pacientes terminais, uma vez cientes da irreversibilidade de seus quadros clínicos, escolhem passar seus últimos dias junto de familiares, assistidos por equipe médica e cuidados paliativos. Essa oportunidade de vivenciar a terminalidade com maior conforto físico e emocional promovido pelos familiares e pela equipe interdisciplinar do hospital é permitida no nosso ordenamento jurídico.

A opção pela ortotanásia proporciona a possibilidade da morte digna, e na medida do possível, natural, uma vez que são utilizados todos os meios para que o paciente possa partir sem dor ou sofrimento. Para que seja viável, o paciente utiliza das diretivas antecipadas de vontade onde pode dispor sobre até que limites deseja dar continuidade ao tratamento, caso venha a se encontrar em uma situação em que não possa exprimir sua vontade. (CUNHA e BRITO, 2021).

Antes das diretivas antecipadas de vontade, tínhamos a figura do testamento vital, que surgiu ao final da década de sessenta nos Estados Unidos da América, estabelecendo o direito de recusa a tratamento. Era uma declaração feita

por escrito. Foi, portanto, a partir dos testamentos vitais que surgiram as diretivas antecipadas da vontade. (ALVES, FERNANDES e GOLDIM, 2012)

As diretivas antecipadas de vontade estão dispostas na resolução 1995/12 do Conselho Federal De Medicina, em que dispõe:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.
Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

Designam sobre o direito de o paciente determinar-se quanto ao tratamento médico que quer ou não receber e constituir representante para designar sua vontade. O médico, portanto, precisa disciplinar sua conduta de acordo com as disposições previamente estabelecidas pelo paciente, como também, em conformidade com os deveres éticos relacionados ao exercício da medicina. Tais diretivas prevalecerão sobre quaisquer outros pareceres não-médicos. (MONTEIRO e SILVA JUNIOR, 2019, p. 86-97).

A lei do estado de São Paulo nº 10.241 de 17 de março de 1999 dispõe:

Sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências.
ART. 2º INCISO
(...)
VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;
(...)
XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e
XXIV - optar pelo local de morte.

As diretivas antecipadas da vontade devem preceder a evolução da doença do paciente, pois questiona-se se os pacientes que estão há muito tempo em tratamento seriam capazes de deliberar com clareza quanto a própria vida e condição. São importantes pois impossibilitam que médicos ou familiares interfiram na vontade do paciente quanto a seus cuidados finais, embora não haja disposições sobre como deverão ser formuladas.

A eutanásia, por sua vez, apesar de proibida na maior parte do mundo, ainda suscita grandes discussões. Comum a todos, a morte, assim como a vida, deve ser acompanhada de respeito ao paciente, as suas necessidades, e a sua

última vontade. Assim, questiona-se quais os limites para que o paciente possa dispor sobre sua própria existência.

Inicialmente, a eutanásia era conhecida como “boa morte”, por livrar o paciente que padecia de doença incurável.

No entanto, ao longo do tempo, a eutanásia passou a ser entendida de forma diferente pela sociedade. Segundo Benhard (2014, p.91), a origem da proibição ao suicídio assistido e a eutanásia é proveniente da herança nazista no mundo, em que, a eutanásia serviu de instrumento pra promover diversas mortes no estado totalitário alemão.

Conforme dispõe Dias (2013, p.43):

A Eutanásia foi considerada contrária ao interesse público, à ética e ao Direito Natural em 1948 pela Associação Médica Mundial na Assembleia Geral de Genebra. De acordo com a Declaração Universal do Direitos do Homem: “todo o indivíduo tem o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”

Atualmente, a prática da eutanásia significa promover a morte, com a finalidade aliviar, de forma definitiva, o sofrimento de pacientes que padecem de enfermidade incurável, cujo tratamento tem se mostrado insuficiente para sanar a dor e o sofrimento. Assim, a eutanásia busca atender a vontade do paciente de dispor sobre sua própria existência, promovendo uma morte digna e encerrando o tratamento fútil.

Além do conceito genérico, eutanásia pode ser classificada como eutanásia ativa, quando ocorre a prática do ato que visa provocar a morte sob o pretexto de findar o sofrimento do paciente, ou, classificada como passiva, quando ocorre a omissão de forma proposital, com o intuito de adiantar a morte do paciente. No entanto, tais atos e omissões podem ocorrer diante de um contexto em que o paciente esteja em uma posição onde a sua manifestação de vontade esteja suprimida. (CARDIN E NERY 2020, p.102)

No caso de pacientes terminais, cujo tratamento tem se mostrado ineficaz ou inviável, surge a alternativa da sedação paliativa, que é uma medida excepcional que tem como função reduzir a consciência do paciente a fim de proporcionar o alívio dos sintomas. No entanto, embora a perspectiva beneficente de tratamento, esta acaba por impedir que o paciente tenha ciência e possa deliberar sobre o tratamento que lhe é ministrado.

Segundo Kóvacks, (2014, p. 94-104) quando a morte ocorre por sedação sem autorização do paciente, restringindo-o de despedidas de entes queridos, expressão de sentimentos, tem-se a morte roubada, que por vezes também provém da falta de capacidade do cuidador do paciente em não mais suportar a situação. Nesse contexto, a disposição anterior do paciente que opta pela eutanásia surge como alternativa para aliviar o sofrimento e permitir que o paciente possa se despedir de forma digna de seus familiares.

Conforme dispõe Cardin e Nery (2020, p. 103)

O paciente, para ter a condição de escolher o seu tratamento ou escolher a conduta de saúde a que será submetido, seguindo o seu próprio plano de vida, deve ser informado sobre as possibilidades que podem ser tomadas e as possíveis intervenções, bem como estar ciente das informações necessárias sobre a doença que o acomete e, ainda, ter todas as suas dúvidas sanadas, para, somente assim, tomar sua decisão de forma consciente.

Para que seja válida, é necessário que a decisão do paciente seja livre de quaisquer coerções, seja ela financeira, física ou moral. A capacidade de consentir do paciente poderá ser ponderada pelo médico, que deverá levar em consideração o diagnóstico e as perspectivas de tratamento. Está a conduta, portanto, intimamente ligada a autonomia da vontade do paciente, como a sua dignidade, uma vez que manter o tratamento inútil caracterizaria a distanásia.

Com relação a concordância do paciente, a eutanásia pode ser classificada como eutanásia voluntária ou involuntária. (CARDIN E NERY 2020, p.102).

A eutanásia voluntária está inserida em um contexto em que há a vontade expressa do paciente quanto a morte. Já a eutanásia involuntária, ocorre em situações em que não há meios para se obter consentimento do paciente (CARDIN E NERY 2020, p.102).

Apesar de permitida em países europeus como Holanda, Bélgica e Suíça, na América Latina, a eutanásia somente foi permitida recentemente na Colômbia. Embora inicialmente regulamentada desde 2015 para adultos, em 2018 a Colômbia tornou possível que a prática também fosse aplicada em crianças, embora ainda não haja regulamentação para que seja realizada em pessoa que se encontre em estado vegetativo (TORRADO, 2018).

Segundo o supracitado autor, o tema levantou discussões no país de tradição católica, que apontou a liberação da prática como “uma pena de morte para

crianças inocentes” em um país onde tem prevalecido a “cultura da morte”. No entanto, há quem entenda de forma divergente, apontando como um avanço a respeito da autonomia individual e da compaixão.

No Brasil a eutanásia é considerada crime. Embora não haja previsão explícita no ordenamento jurídico, a conduta de quem concorre para a morte de outrem, poderá configurar crime de homicídio, disposto no art. 121 do Código Penal, em que poderá incidir causa de diminuição de pena, conforme disposto no parágrafo primeiro. De acordo com as circunstâncias, a eutanásia também poderá caracterizar o crime de suicídio assistido, disposto no art. 122 do Código penal (GOMES et. al, 2019, p.17).

O suicídio assistido distingue-se da eutanásia, pois tem como principal característica a extinção da vida por meio de ação ou omissão, ministrada pelo próprio indivíduo, enquanto, na eutanásia há a necessidade de auxílio de terceiro para que se alcance o objetivo da morte (DIAS, 2013, p.22).

A distanásia, por sua vez, caracteriza-se por ser um tratamento não benéfico, portanto inútil, fútil. Nesse caso, a manutenção do tratamento do paciente terminal, ao invés de levar a cura e ao bem-estar, culmina no prolongamento do sofrimento do enfermo e seus familiares, além do empobrecimento familiar.

A distanásia fere o princípio médico da não maleficência. Nesse sentido, dispõe o Código de Ética Médica, no capítulo que trata dos princípios fundamentais, no inciso XXII:

I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

(...)

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.

A autonomia do paciente não pode ser invocada para que o médico se afaste de sua responsabilidade quanto a uma decisão que institui ou não um tratamento que possa culminar na distanásia, sob o pretexto de afastar-se do paternalismo médico. A decisão quanto ao tratamento deve ser tomada levando em conta não apenas a vontade do paciente, mas também a perspectiva científica, e a experiência do médico. Sendo indispensável, portanto, a boa relação médico-paciente ou eventualmente médico-família. (HOSSNE e PESSINI, 20015 p.766-808)

A busca por afastar a distanásia não quer dizer que se está promovendo a eutanásia ou o suicídio assistido, que tratam da antecipação da

morte. Por vezes, o paciente poderia encerrar sua vida tendo acesso a programas de cuidados paliativos, ao invés de permanecer por mais tempo em um leito de UTI.

A distanásia trata-se da morte em uma perspectiva disfuncional, na qual há dor e sofrimento, pelo fato do paciente partir desta vida totalmente só, muitas vezes, acompanhado apenas de máquinas e soros.

Por fim, a última das modalidades, a mistanásia, corresponde a morte desprovida de dignidade, ocorrida fora do seu tempo. Diz respeito a morte das pessoas que falecem sem nenhum amparo, seja ele médico, familiar, psíquico ou social. Não se confunde com a eutanásia por não caracterizar ato de misericórdia, nem com a ortotanásia por não respeitar o direito de morrer. Tem como principais características o abandono e o desamparo (MENDONÇA E SILVA, 2014, p. 26)

É possível conceituar a mistanásia como ativa e passiva. A modalidade ativa, diz respeito a condutas comissivas que ferem a dignidade humana, é o exemplo das práticas que ocorrem no mercado negro de órgãos, e na ocasião do regime nazista, em que eram feitos experimentos com os judeus. Nesses casos, os pacientes são submetidos a experiências degradantes ou mesmo ao extermínio. (MENDONÇA E SILVA, 2014, p. 27)

A mistanásia passiva se dá pela antecipação do momento da morte, ou prolongamento de dor e sofrimento indevido do paciente. É o que ocorre com a população considerada hipossuficiente, ou seja, aqueles menos assistidos financeira e socialmente, que não conseguem acesso a serviços de saúde, ou quando conseguem, o atendimento se dá de forma precária. (MENDONÇA E SILVA, 2014, p. 27)

Tem-se, portanto que, diante das modalidades de morte assistidas apresentadas, existem aquelas a qual a sociedade e a comunidade científica são receptivas, como por exemplo a ortotanásia.

De outra forma, há modalidades que ainda sofrem resistência em sua aplicabilidade, em função de barreiras éticas, morais e religiosas, como é o caso da Eutanásia.

Por fim, há aquelas em que a receptividade é completamente afastada em função de seu distanciamento da noção de dignidade humana partilhada pela sociedade. Estas modalidades são a distanásia e a mistanásia. O consenso científico caminha no sentido de que ambas as modalidades devem ser rejeitadas de plano.

No Brasil, aplica-se como modelo padrão a modalidade da ortotanásia, e as discussões quanto a possível aplicabilidade da eutanásia ainda padecem de consenso.

3 CONCLUSÃO

Diante de toda a inovação científica, juntamente com o debate que temos atualmente a respeito da extensão da autonomia do indivíduo, vislumbra-se que as questões quanto a finitude do ser humano estão ainda longe de um consenso. Desta forma, conclui-se que a autonomia do indivíduo quanto a decisão acerca de sua morte, ainda que fundada na dignidade humana possui certo cerceamento, seja ele social ou propriamente científico.

Como foi apurado, ainda há modalidades de morte assistida que não são plenamente aceitas, como é o caso da eutanásia. Outras modalidades como a distanásia e a mistanásia são repugnadas por unanimidade pela comunidade científica e a sociedade moderna, restando apenas a ortotanásia a adesão consensual sobre sua aplicabilidade.

O direito de dispor sobre a própria condição não se reduz apenas quanto a responsabilidade individual do paciente, mas envolve também a responsabilidade e o dever profissional de quem aplica a medicina em favor da vida do enfermo, visando o princípio da beneficência.

No entanto, se entende que nem todo o prolongamento de vida vem a ser benéfico, e que o paciente, uma vez ciente de das condições que o cercam, deve também poder dispor sobre o que deseja para a hora da sua morte.

No Brasil, observa-se que a legislação ainda é escassa sobre a temática, não havendo disposição expressa sobre como a última vontade do paciente deve ser exposta.

A morte, continua sendo um tema pouco tratado na cultura ocidental. Nas famílias, por vezes, não se sabe qual seria a última vontade do paciente, e deliberar sobre manter ou não um tratamento penoso desconhecendo a vontade do próprio indivíduo pode vir a promover uma morte indigna.

Assim, se faz necessário maior consideração quanto a vontade do enfermo, em função de sua morte, a fim de afastar, na medida do possível, políticas

paternalistas de tratamento que, em determinados casos, ao invés de beneficiar o enfermo, prejudicam-no.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cristiane Avancini; FERNANDES, Marcia Santana; GOLDIM, José Roberto. **Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente**. Clinical & Biomedical Research, v. 32, n. 3, 2012. Acesso em: 29 Jun 2021

BARROSO, Luís Roberto e MARTEL, Letícia de Campos Velho. **Dignidade e autonomia individual no final da vida**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida> Acesso Em: 20 de Jun de 2021.

BERNHARD, S.; LEONARDO, M. **Bioética à Luz da Liberdade Científica: Estudo de Caso Baseado na Decisão do STF sobre a Constitucionalidade da Lei de Biossegurança e no Direito Comp. Grupo GEN**, 2014. 9788522489787. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522489787/>. Acesso em: 22 Jun 2021

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

BRASIL. **Código Penal**. DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 23 Jun 2021.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. **Migalhas** 2005 Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/11097/eutanasia--ortotanasia-e-distanasia--breves-consideracoes-a-partir-do-biodireito-brasileiro>. Acesso em: 21 de Jun de 2021

CAMILLO, C.E.N.; SILVA, P.F.D.; ROCHA, R.D.; CAMPATO, R.F. **Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate**.: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556271118. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556271118/>. Acesso em: 02 Jun 2021

CARDIN, Valéria Silva Galdino; NERY, Lais Moraes Gil. A Eutanásia Como Forma de Garantia da Autonomia da Vontade. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 8, n. 15, p. 96-107, 2020. Acesso em: 24 Jun 2021

CHILDRESS, James F. Paternalism in Healthcare and Health Policy. **OXFORD MEDICINE ONLINE** Mai 2020. Print ISBN-13: 9780199798483 Disponível em: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199798483.001.0001/med-9780199798483-chapter-3>. Acesso em: 01 Jun 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código De Ética Médica**: Resolução Conselho Federal de Medicina 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: 15 Jun 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995 de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269-270. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 15 Jun 2021

CUNHA, Idalina Cecília Fonseca da. e BRITO, Larissa Faria. Migalhas. A morte digna de Bruno Covas, a ortotanásia e o instrumento das diretivas antecipadas de vontade (também chamado “testamento vital”). **Migalhas** 2021 Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/345929/a-morte-digna-de-bruno-covas-a-ortotanasia-e-o-testamento-vital>. Acesso em: 21 de Junho de 2021

DÉBORA, G.; RICARDO., L.W. **Bioética e direitos fundamentais,1ª Edição**.: Editora Saraiva, 2012. 9788502163126. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502163126/>. Acesso em: 15 Mar 2021

DIAS, Cláudia Isabel Oliveira. **A Eutanásia**: Os trilhos litigantes entre o direito a uma morte digna e o direito à vida – uma perspectiva jurídico-penal. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Coimbra Faculdade de Direito.

HUMANOS, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Acesso em, v. 13, 2015.

GOMES, André Cruz et al. Eutanásia: Morte com Dignidade X Direito a Vida. **Jornal Eletrônico Faculdade Vianna Júnior**, v. 11, n. 1, p. 17-17, 2019.

GOZZO, D.; LIGIERA, W.R. **Bioética e direitos fundamentais,1ª Edição**.: Editora Saraiva, 2012. 9788502163126. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502163126/>. Acesso em: 15 Mar 2021

HUNGURIA, Nelson, **Comentários ao Código Penal**. Forense Rio. 1984

KÓVACKS, Maria Julia. **A caminho da morte com dignidade no século XXI**. Rev. Bioét., 2014, 22 (1) p.94-104.

MENDONÇA, M. H., & da Silva, M. A. M. (2014). **Vida, dignidade e morte**: cidadania e mistanásia. IUS GENTIUM, v. 9, n. 5, p. 151 - 190, 31 jul. 2014.. Disponível em: https://doi.org/10.21880/ius_gentium.v9i5.150. Acesso em: 19 jun 2021

MENDONÇA, Eduardo; PIRES, Thiago Magalhães. **Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de jeová**. Dignidade humana, liberdade

religiosa e escolhas existenciais. REVISTA ELETRÔNICA DA PGE-RJ, v. 2, n. 3, 2019. Acesso em: 29 jun 2021

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina** Revista Bioética, v. 27, n. 1, p. 86-97, 2019. Acesso em: 01 jun 2021

SÃO PAULO, **Lei ESTADUAL N. 10.241, de 17 de março de 1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>. Acesso em: 20 Mai 2021

TORRADO, Santiago. Colômbia regulamenta eutanásia para crianças e adolescentes. **El PAÍS** 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/10/internacional/1520696972_962348.html. Acesso em: 24 Jun 2021